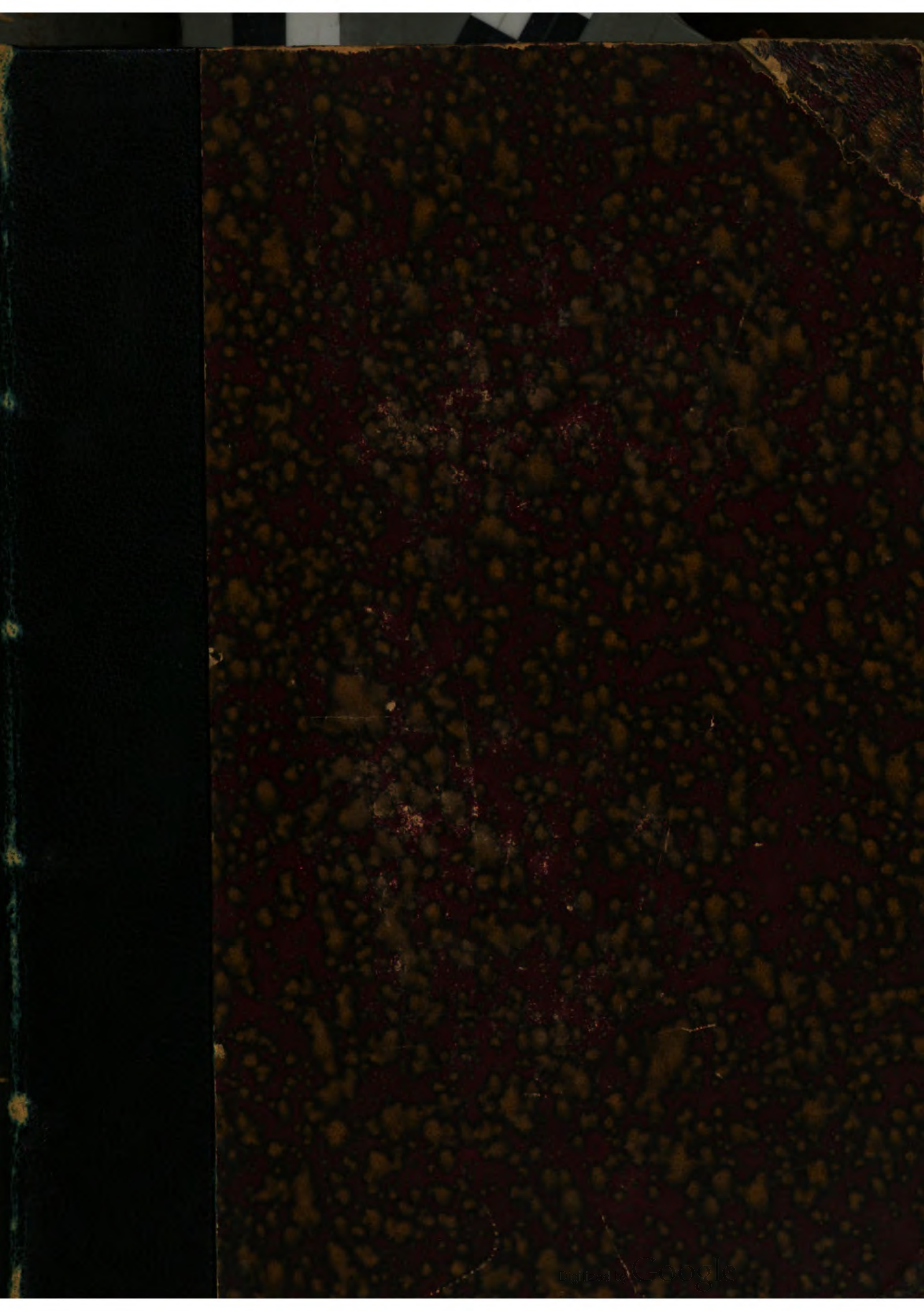
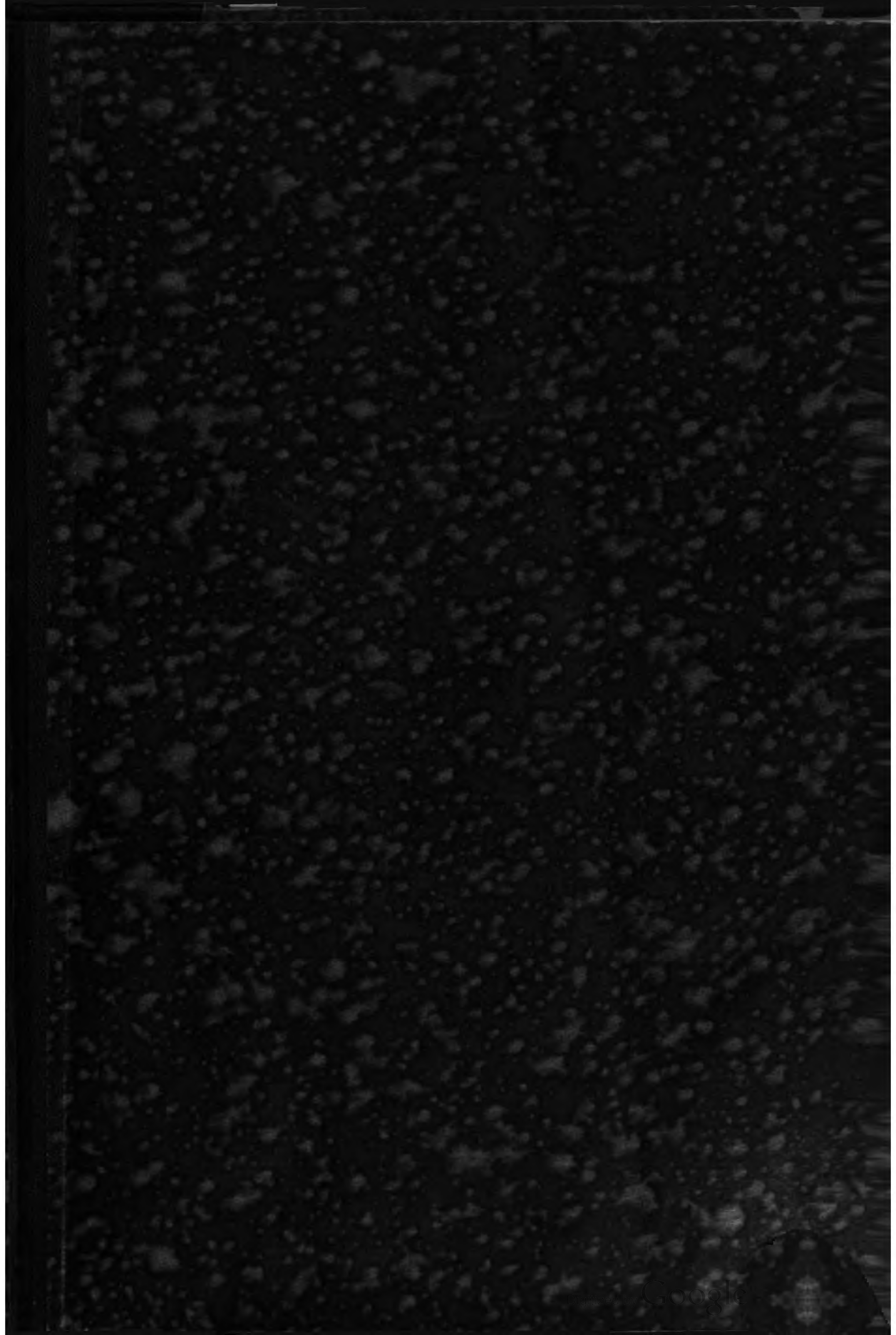




ZEITSCHRIFT

FÜR DIE ERFORSCHUNG UND BEHANDLUNG

DES

JUGENDLICHEN SCHWACHSINNS

AUF WISSENSCHAFTLICHER GRUNDLAGE

Zentralorgan für die gesamte wissenschaftliche Forschung, Anatomie, Klinik und Pathologie des jugendlichen Schwachsinns und seiner Grenzgebiete, für die Fragen der Fürsorge und Behandlung der Schwachsinnigen, für die Fürsorgeerziehung, für die Organisation der Hilfsschulen und Anstalten, für die einschlägigen Gebiete der Kriminalistik und forensischen Psychiatrie und der Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der normalen und pathologischen Geistesentwicklung im Kindesalter

UNTER MITHERAUSGABE VON

ALT UCHTSPRINGE, **ANTON** HALLE a. S., **BINSWANGER** JENA, **CRAMER** GÖTTINGEN, **HEUBNER** BERLIN

HOCHE FREIBURG i. B., **SIEMERLING** KIEL, **SOMMER** GIESSEN, **TUCZEK** MARBURG, **ZIEHEN** BERLIN

HERAUSGEGEBEN UND REDIGIERT VON

DR. MED. **H. VOGT** UND DR. MED. ET PHIL. **W. WEYGANDT**

PRIVATDOZENTEN a. d. UNIVERSITÄT GÖTTINGEN
ANSTALTSARZT IN LANGENHAGEN

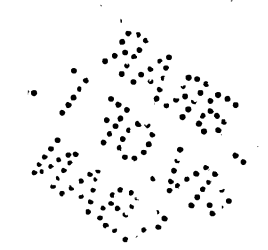
a. o. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT
WÜRZBURG

ERSTER BAND.

MIT 1 PORTRÄT, 56 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 8 TAFELN



JENA
VERLAG VON GUSTAV FISCHER
1907



Inhaltsübersicht.

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.

Viertes Heft.

Fünftes Heft.

Sechstes Heft.

Vorwort.

Die vorliegende Zeitschrift wendet sich der *Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage*, also einem Gebiete zu, das einerseits einen wichtigen und wesentlichen Zweig ärztlich-psychiatrischer Forschung darstellt, andererseits wegen seiner sozialen, pädagogischen und psychologischen Seite, sowie in mannigfacher anderer Beziehung, die Beachtung zahlreicher Kreise verdient. In der Überzeugung, daß den sich darbietenden Aufgaben eine große Bedeutung innewohnt, bei dem weiten Ausblick, der sich der wissenschaftlichen Forschung eröffnet, bei dem unfertigen und noch im Fluß befindlichen Zustand fast aller praktischen Fragen des Gebietes erschien es den Herausgebern wohl gerechtfertigt im Verein mit dem Verlag ein Zentralisationsorgan für die einheitliche und planmäßige Bearbeitung des Gebietes zu schaffen.

Zwar erscheint die Zeitschrift in einer Zeit, in der mehrfach Klagen über eine Überproduktion im Bereiche der wissenschaftlichen Zeitschriften laut geworden sind. Nicht unberechtigt sind diese Klagen, soweit sie die Errichtung von Zeitschriften auf einem Gebiete betreffen, das an sich schon in der Literatur hinreichende Vertretung fand, oder aber, soweit sie sich gegen eine übertriebene Spezialisierung einzelner Nebendisziplinen wenden. Anders ist die Sachlage bei unserem neuen Organ. Das große Gebiet des jugendlichen Schwachsinns verfügt über kein vom psychiatrischen Standpunkt geführtes Organ, über keines, das eine Zusammenfassung der zahlreichen Fragen des Gebietes zu einheitlicher Bearbeitung gewährleistet. Die Zeitschrift soll daher die Kräfte, die sich jenem Gebiete widmen, nicht noch weiter zersplittern, sondern sammeln.

Die mannigfachen Angriffspunkte einer wissenschaftlichen Bearbeitung des Gebietes in allen seinen Abzweigungen berühren das Interesse des pathologischen und normalen Anatomen, des Kinder- und Nervenarztes, des Pädagogen und Psychologen, wie auch des Kriminalisten und Nationalökonomen. Den geeigneten Brennpunkt dieser mannigfachen Richtungen bildet die Psychiatrie. Wenn daher die Redakteure und Herausgeber der Zeitschrift meist Psychiater sind, so ist damit eine gleichmäßige Berücksichtigung der mannigfachen anderen Interessen jedenfalls am ehesten gewährleistet.

Denn es liegt im Plane des Unternehmens, eine gleichmäßige Bearbeitung des großen Stoffes vom Standpunkt der verschiedenen dafür interessierten Disziplinen zu sichern. Jeder positive Beitrag wird als ein Baustein zu dem Ganzen, das nur vereinte Kräfte errichten können, willkommen sein. So soll das Organ auch dazu dienen, auf einem Gebiete, wo die Arbeitsgebiete getrennter Interessenkreise sich begegnen, Fühlung und gegenseitiges Verständnis zu erzielen und zu erhalten. Die beste Förderung des allen Teilen gemeinsamen Zweckes wird die Erkenntnis sein, daß den großen Aufgaben unseres Gebietes in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung wahrer Fortschritt nur aus der Vereinigung der noch zerstreuten Arbeitskräfte erwächst.

Der Tätigkeit der Forscher eröffnet sich hier ein großes, fruchtbares Feld. Die normale und pathologische Anatomie des jugendlichen Schwachsinns, namentlich seiner tieferen Stufen, die Untersuchung der Entwicklungsdefekte des Gehirns ist geeignet, uns nicht allein in den Mechanismus des Aufbaues unseres höchstorganisierten Organs neue Einblicke zu eröffnen, sondern gibt auch Hinweise auf die Grundlage seelischer Vorgänge. In gleicher Weise liefert die psychologische Betrachtung dieser tiefsten Stufen der cerebralen Funktion uns Hilfsmittel zum Verständnis der wegen ihrer Kompliziertheit so schwer zugänglichen Höhe der normalen Funktion. Vielleicht eröffnet diese Betrachtung — die anatomische, wie die psychologische — ausgehend von den primitivsten Stufen unseres Seelenlebens und ihrer Grundlagen einen neuen Weg zur Erforschung der Psyche und ihrer Erkrankungen. Die physiologische Betrachtung, besonders das Gebiet der Stoffwechselanomalien, die innere Sekretion u. a. wird, wie es in der Schilddrüsentherapie des Kretinismus usw. schon eines der glänzendsten Resultate ärztlich-wissenschaftlicher Forschung gezeitigt hat, auch weitere Wege der Erkennung und Heilung eröffnen. Die klinische Betrachtung hat seit den kurzen Jahren, in denen unser Gebiet von einigen Seiten direktere Beachtung

findet, interessante und wertvolle Ergebnisse gezeitigt, und in ihrer Art völlig neue Typen von Krankheiten gelehrt (familiäre amaurotische Idiotie, Mongolismus).

Der Begriff der Idiotie löst sich in eine Unzahl eigenartiger, unter sich differenter Krankheiten auf; Weg und Ziel der Forschung, der ärztlichen Arbeit am Krankenbett, der Therapie, erfordert individualistisches Erkennen. Vornehmlich sind mit den Psychiatern und Neurologen besonders Kinderärzte und die Spezialisten der Sinnesorgane (Auge, Ohr usw.) an dem bisherigen Fortschritt beteiligt; allen Teilen erwächst auch fernerhin hier ein großes Feld des Schaffens.

Nicht weniger wichtig ist die Betrachtung vom Standpunkt des Pädagogen. Durchaus eigenartig und nicht gering sind die Anforderungen des Unterrichts und der Erziehung der Schwachsinnigen. Es erfordert psychologischen Scharfblick, Wissen und Können, die schlummernden Kräfte zu wecken und ihre Betätigung in die rechte Bahn zu leiten. In dem großen Heer der Schwachsinnigen liegt auch eine Summe guter Kraft; in der Hand des tüchtigen Lehrers und Erziehers kann diese Kraft zu tauglicher Arbeit nutzbar werden, ohne diese Leitung liegt sie brach oder vermehrt die Verbrechen. Vielmehr als in der Norm ist gegenüber Schwachsinnigen die pädagogische Aufgabe in jedem Fall ein neues Problem. Faßt man den Begriff dieser Aufgabe weiter und versteht man darunter nicht nur die Anerziehung schulmäßigen Wortwissens, sondern alle Art erzieherischer Tätigkeit, Anleitung zur praktischen Betätigung, mechanische Fertigkeiten, planmäßige Erziehung zur Arbeit für den einzelnen Fall, so liegt hier einer der Hauptpunkte und der wichtigsten Aufgaben des ganzen Gebietes. Das Treffliche, was auf diesem Gebiet geleistet ist in Anstalten, Hilfsschulen, Kolonien usw., lenkt den Blick auf die Fülle dessen, was noch zu tun bleibt.

Ein wichtiges Gebiet liegt in der sozialen Seite des Schwachsinns. Hier sind es vornehmlich die leichteren Stufen, welche den Juristen, den Sozialtheoretiker, den Arzt und den Erzieher zusammenführen. In der Fürsorgeerziehungsgesetzgebung sind neue Wege eröffnet, den sozialen Schäden jugendlicher Verwahrlosung zu begegnen. Auch der soziale Defekt kann als eine Krankheit betrachtet werden, der überaus oft auf körperliches oder geistiges Gebrechen zurückzuführen ist. So weist auch die Erfahrung mit dem Fürsorgeerziehungsgesetz hin auf die soziale Bedeutung der angeborenen oder früh erworbenen geistigen Minderwertigkeit, sie zeigt zugleich der sozialgesetzgeberischen, der kriminalistischen und

forensischen Betrachtung neue Aufgaben und alte Erfahrungen in neuem Lichte.

Es ließe sich noch manches namhaft machen. So wird für die Erforschung des Schwachsinns eine enge Fühlung mit der Forschung der normalen Geistesentwicklung im Kindesalter unerläßlich sein und so auch wird unser kinderpsychologisches Wissen aus der Kenntnis der auf verschiedenen Stufen gehemmten Entwicklung der kindlichen Psyche, aus den Rudimenten des psychischen Geschehens neue Anregung schöpfen. So wird die Bearbeitung unseres Gebietes auch über seinen Kreis hinaus in die verschiedenen Interessengebiete hinein befruchtend und anregend wirken können.

Der Verlag hat in höchst dankenswerter Weise der Zeitschrift eine vortreffliche Ausstattung gewährleistet. In den Kreisen der mannigfachen dem Thema der Zeitschrift nahestehenden Wissensgebiete hat unsere Idee Zustimmung und bereitwillige Unterstützung und Mitarbeit gefunden. Dank diesem der Sache entgegengebrachten Interesse ist die Erwartung berechtigt, daß das Organ auf dem Gebiete eines in so vielseitiger Beziehung hervorragend wichtigen Wissenszweiges nützliche Arbeit für den Fortschritt unserer Erkenntnis und für deren praktische Betätigung zu leisten imstande sein wird.

H. Vogt. W. Weygandt.

Folgende Herren haben ihre ständige Mitarbeit zugesagt:

Ach, Prof. Dr. phil. et med., Berlin.
Alzheimer, Dr. med., Privatdozent, München.
Ament, Dr. phil., Privatgelehrter, Würzburg.
Aschaffenburg, Prof. Dr. med., Köln.
Baginsky, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., Berlin.
Bayerthal, Dr. med., Schularzt, Worms.
Bernhard, Dr. med., Schularzt, Berlin.
Berkhan, Dr. med., Sanitätsrat, Braunschweig.
Bielschowsky, Dr. med., Berlin.
Bleuler, Prof. Dr. med., Zürich.
Böttger, Hilfsschuldirektor, Leipzig.
Bonhoeffer, Prof. Dr. med., Breslau.
Bratz, Dr. med., Oberarzt, Wuhlgarten bei Berlin.
Bresler, Dr. med., Oberarzt, Lublinitz.
Brodmann, Dr. med., Nervenarzt, Berlin.
Bruns, Prof. Dr. med., Nervenarzt, Hannover.
Büttner, Lehrer an der Hilfsschule, Worms.
Buschan, Dr. phil. et med., Stettin.
Cassel, Sanitätsrat Dr. med., Schularzt, Berlin.
Claparède, Dr. med., Privatdozent, Genf.
Cron, Dr. phil., Heidelberg.
Czerny, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., Breslau.
Dannemann, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Gießen.
Degenkolb, Dr. med., Oberarzt, Roda.
Dix, Lehrer an der höheren Bürgerschule, Meißen.
Doll, Dr. med., prakt. Arzt, Karlsruhe.
Douglas, Superintendent der Idiotenanstalt Royal Albert Asylum, Lancaster.
Dyroff, Prof. Dr. phil., Bonn.
Edinger, Prof. Dr. med., Nervenarzt, Frankfurt a. M.
Elsenhans, Dr. med., Privatdozent, Heidelberg.
Engelsperger, Dr. phil., Lehrer a. d. Hilfsschule, München.
Ernst, Prof. Dr. med., Zürich.
Finger, Prof. des Strafrechts, Dr. jur., Halle.
Flister, Hauptlehrer, Uchtspringe.
Foerster, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Bonn.
Freud, Prof. Dr. med., Wien.

Fuchs, Leiter der Hilfsschulfiliale, Berlin.
Gaupp, Prof. Dr. med., Tübingen.
Geheeb, Landerziehungsheimsdirektor, München.
van Gehuchten, Prof. Dr. med., Louvain.
Goldscheider, Geh. Rat Prof. Dr. med., Berlin.
Godtfrink, Rektor der Hilfsschule, Kiel.
Grohmann, Zürich.
Gutzmann, Dr. med., Privatdozent, Berlin.
Habermaas, Dr. med., Sanitätsrat, Stetten.
Hansen, Landesversicherungsrat, Kiel.
Heilbronner, Prof. Dr. med., Utrecht.
Heller, Dr. phil., Wien.
Henneberg, Prof. Dr. med., Berlin.
Henze, Rektor der Hilfsschule, Hannover.
Herfort, Dr. med., Anstaltsdirektor, Prag.
Higier, Prof. Dr. med., Warschau.
Hoffa, Geh. Rat Prof. Dr. med., Berlin.
Homén, Prof. Dr. med., Helsingfors.
Hoppe, Dr. med., Oberarzt, Uchtspringe.
Horrix, Hauptlehrer der Hilfsschule, Düsseldorf.
Jenz, Medizinalrat Dr. med., Anstaltsdirektor, Schwerin.
Kaes, Dr. med., Nervenarzt, Hamburg.
Kassowitz, Prof. Dr. med., Wien.
Keller, Dr. med., Anstaltsdirektor, Breyning (Dänemark).
Kellner, Dr. med., Hamburg.
Kemsies, Prof. Dr. phil., Schuldirektor, Berlin.
Kielhorn, Dr. phil., Schulrat, Braunschweig.
Kluge, Dr. med., Anstalsdirektor, Potsdam.
Klumker, Dr. phil., Leiter der Fürsorgezentrale, Frankfurt a. M.
Knöpfelmacher, Dr. med., Privatdozent, Wien.
Kölpin, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Bonn.
Koenig, Med.-Rat Dr. med., Dalldorf (Berlin).
Kulemann, Landgerichtsrat, Bremen.
Laquer, Dr. med., Nervenarzt, Frankfurt a. M.
Lay, Dr. phil., Karlsruhe.
Lessenich, Dr., Leiter der Hilfsschule, Bonn.
Leubuscher, Geh. Rat Prof. Dr. med., Meiningen.
Liebmann, Dr. med., Arzt für Sprachstörungen, Berlin.
Liepmann, Prof. Dr. phil. et med., Berlin.
Lorentz, Lehrer, Berlin.
Marburg, Dr. med., Wien.
Marinesco, Prof. Dr. med., Bukarest.
Meltzer, Dr. med., Anstaltsarzt, Chemnitz-Altendorf.
Mendel, E., Prof. Dr. med., Berlin.
Meumann, Prof. Dr. phil., Königsberg.
Meyer, E., Prof. Dr. med., Königsberg.
Meyer, G., Dr. phil., Würzburg.
Mingazzini, Prof. Dr. med., Rom.
Minor, Dr. med., Privatdozent, Moskau.

Mittermaier, Prof. des Strafrechts, Dr. jur., Gießen.
Moeli, Geh. Rat, Prof. Dr. med., Anstaltsdirektor, Berlin.
Moeller, Dr. phil. et med., Nervenarzt, Berlin.
Mönkemöller, Dr. med., Oberarzt, Hildesheim.
v. Monakow, Prof. Dr. med., Zürich.
Moses, Dr. med., Schularzt, Mannheim.
Näcke, Geh. Rat, Anstaltsdirektor, Hubertusburg.
Neißer, Dr. med., Anstaltsdirektor, Bunzlau.
Neumann, Dr. med., Nervenarzt, Karlsruhe.
Nolte, Oberamtsrichter, Braunschweig.
Nonne, Dr. med., Oberarzt, Hamburg.
Obersteiner, Prof. Dr. med., Wien.
Pabst, Dr. phil., Seminardirektor, Leipzig.
Petrén, Prof. Dr. med., Upsala.
Pfaundler, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., München.
Pick, A., Prof. Dr. med., Prag.
Pilcz, Dr. med., Privatdozent, Wien.
Probst, Dr. med., Wien.
v. Rad, Dr. med., Nervenarzt, Nürnberg.
Raecke, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Kiel.
Ranke, Dr. med., Anstaltsarzt, Wiesloch.
Ranschburg, Dr. med., Vorstand des psycholog. Laboratoriums der Hilfsschulen, Budapest.
Redlich, Prof. Dr. med., Wien.
Rein, Dr. med., Anstaltsarzt, Ansbach.
Retzius, Prof. Dr. med., Stockholm.
Rodenwaldt, Dr. med., Oberarzt, Berlin.
Sachs, Dr. med., Nervenarzt, New York.
Saenger, Dr. med., Nervenarzt, Hamburg.
Sander, Dr. med., Anstaltsarzt, Ansbach.
Schaffer, Prof. Dr. med., Budapest.
Schäfer, A., Dr. med., Anstaltsdirektor, Roda.
Schäfer, N., Dr. med., Privatdozent, Berlin.
Schiner, Oberlehrer, Wien.
Schlesinger, Prof. Dr. med., Wien.
Schloßmann, Prof. Dr. med., Düsseldorf.
Schmidt, A., Prof. Dr. med., Sanitätsrat, Bonn.
Schmidt, Dr. phil., Lehrer, Würzburg.
Schnitzer, Dr. med., Oberarzt, Stettin.
Schober, H., Hilfsschullehrer, Posen.
Schultze, Prof. Dr. med., Greifswald.
Seelig, Dr. med., Anstaltsarzt, Lichtenberg-Berlin.
Shuttleworth, Dr. med., London.
Sickinger, Dr. phil., Schulrat, Mannheim.
Siegert, Prof. Dr. med., Cöln.
Siemens, Geheimrat Dr. med., Anstaltsdirektor, Lauenburg.
Sioli, Dr. med., Anstaltsdirektor, Frankfurt a. M.
Sklarek, Dr. med., Anstaltsarzt, Dalldorf.
Snell, O., Dr. med., Anstaltsdirektor, Lüneburg.

Sonnenberger, Dr. med., Kinderarzt, Worms.
Spielmeyer, Dr. med., Freiburg i. B.
Stern, Dr. phil., Privatdozent, Breslau.
Strakerjahn, Hauptlehrer, Lübeck.
Stransky, Dr. med., Wien.
Stricker, Dr. med., Generalarzt, Cassel.
Uffenheimer, Dr. med., Privatdozent, München.
Veraguth, Dr. med., Privatdozent, Zürich.
Völker, Dr. med., Anstaltsdirektor, Langenhagen.
Vogt, O., Prof. Dr. med., Berlin.
Weber, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Göttingen.
Wehrhahn, Dr. phil., Schulrat, Hannover.
Wendenburg, Dr. med., Privatdozent, Göttingen.
Westphal, Prof. Dr. med., Bonn.
Wildermuth, Sanitätsrat Dr. med., Nervenarzt, Stuttgart.
Wollenberg, Prof. Dr. med., Straßburg i. E.
Wychgram, Prof. Dr. phil., Schuldirektor, Berlin.
Zappe, Dr. med., Anstaltsdirektor, Schleswig.
Ziegler, Dr. phil., Lehrer a. d. Hilfsschule, München.
Zingerle, Prof. Dr. med., Graz.

Zur Untersuchung der Sprache schwachsinniger Kinder.

Von

Dr. med. **Hermann Gutzmann,**

Privatdozent an der Universität Berlin.

Bekanntlich machte Esquirol zuerst den Versuch, die sprachliche Entwicklung schwachsinniger Kinder dem Grade ihrer geistigen Entwicklung parallel zu setzen. Daß dies nicht gut angeht, ist wohl jetzt allgemein anerkannt, und Sollier's Gründe gegen den Esquirol'schen Versuch sind durchaus zutreffend: die Sprache steht nicht in direktem Verhältnis zur Intelligenz, 1. weil es sehr intelligente Menschen gibt, die eine sehr mangelhafte Sprache haben, und Kinder, bei denen sie sich sogar niemals gebildet hat; 2. weil nicht der Ausdruck, sondern das Verständnis der Sprache ein Zeichen von Intelligenz ist; 3. weil es fast vollständig geistlose Idioten gibt, bei denen die Sprache mehr entwickelt ist als bei anderen, intellektuell höher stehenden. Trotzdem ist die Untersuchung der Sprache von der allergrößten Bedeutung, da die Sprache die wichtigste Grundlage für die weitere Ausbildung der schwachsinnigen Kinder ist. Ich will im folgenden eine kurze Schilderung des Verfahrens entwerfen, dessen ich selbst mich seit vielen Jahren in meinem Ambulatorium bei der Untersuchung der Sprache schwachsinniger Kinder bediene. Der Gang der Untersuchung hängt natürlich gerade bei den schwachsinnigen Kindern so sehr von deren Aufmerksamkeit und Stimmung ab, daß dafür kein bestimmtes Schema vorgeschrieben werden kann, wohl aber lassen sich die einzelnen Punkte, auf welche die Aufmerksamkeit des Untersuchers gerichtet werden muß und die der Reihe nach möglichst sorgfältig aufzunehmen sind, systematisch darstellen.

Für die Untersuchung der Sprache kommt in Betracht 1. die Untersuchung der Organe und 2. die Untersuchung der Funktion der Organe. Die sprachlichen Organe teilen sich ein in a) Perzeptionsorgane und b) Produktionsorgane. Das wichtigste der Perzeptionsorgane ist naturgemäß das Gehör, es kommt aber sehr wesentlich auch in Betracht das Gesicht und endlich das Tastgefühl. Die Produktionsorgane der Sprache sind die Atmungsmuskulatur, das Stimmwerkzeug, der Kehlkopf und die Artikulationswerkzeuge: Mund, Nasenrachenhöhle, Zunge, Zähne usw. Bei der Untersuchung der Funktion der Sprachwerkzeuge werden wir gleichfalls die perzeptiven Funktionen von den produktiven trennen und dementsprechend bei der Perzeption der Sprache zunächst das Schall-, Vokal-, Wort- und Satzgehör feststellen, sodann beurteilen, wieweit das Kind imstande ist, mit dem Auge die Sprachbewegungen zu verfolgen, das Verstehen des Gesprochenen untersuchen, indem wir das Verständnis der Aufforderung zu Handlungen, das Zeigen benannter Objekte prüfen; bei Kindern, die bereits die Schule besucht und schreiben und lesen gelernt haben, wird ebenso das Schriftverständnis wie das Schreiben auf Diktat geprüft werden, bei sehr tiefstehenden schwachsinnigen Kindern wird schließlich auch das Verstehen von Mimik und Gesten zu untersuchen sein. Bei der Produktion der Sprache prüfen wir in erster Linie das Nachsprechen von Lauten, Silben, Worten resp. Sätzen und achten dabei auf die Artikulation der Laute, der Vokale, der einzelnen Konsonantengruppen, prüfen die Geschicklichkeit der Sprechmuskulatur für sich allein, beachten die Sprechatmung, die Sprechstimme, die höhere Stärke derselben, suchen spontanes Sprechen des Kindes herauszulocken, lassen gezeigte Objekte, event. auch Bilder benennen, bei Kindern, welche bereits lesen gelernt haben, vorlesen und spontan schreiben, ebenso abschreiben.

Das ist in kurzen Worten der Gang einer vollständigen Untersuchung der Sprache, die wir bei allen in unserem Ambulatorium vorkommenden Sprachstörungen anzustellen pflegen. Von diesem allgemeinen Gange der Untersuchung sind bei schwachsinnigen Kindern einige Punkte besonders hervorzuheben, da die Untersuchung hier oft auf größere Hindernisse stößt. Was zunächst die Untersuchung der Perzeptionsorgane der Sprache betrifft, die ja vor allen Dingen der übrigen sprachlichen Untersuchung schon deswegen vorangestellt werden muß, weil die Unversehrtheit der Perzeptionsorgane die Vorbedingung für den sprach-

lichen Aufbau ist, so ist die Untersuchung des Gehörs bei schwachsinnigen Kindern, wenn dieselben noch nicht oder nur wenig sprechen, und besonders dann, wenn dieselben sich weigern nachzusprechen, was gar nicht selten der Fall ist, in ihrem Resultat außerordentlich zweifelhaft. Man muß nur einmal eine systematische Hörprüfung bei geistig normalen taubstummen Kindern, welche die Lautsprache noch nicht erlernt hatten, vorgenommen haben oder der Vornahme einer solchen durch einen erfahrenen Ohrenarzt beigewohnt haben, um zu wissen, daß die Resultate dieser Prüfung recht unsicher sind. Bei dem Ohr sind wir durchaus darauf angewiesen, daß das Kind Aufmerksamkeit und guten Willen zeigt und, was bei schwachsinnigen Kindern ganz besonders ins Gewicht fällt, auch ein gewisses Verständnis für das hat, was man von ihm verlangt. Wir können uns daher nicht wundern, wenn die Resultate der von Ohrenärzten bei schwachsinnigen Kindern vorgenommenen Untersuchung des Gehörs zum Teil recht lebhaften Widerspruch von seiten der Lehrer gefunden haben. So hat WANNER 2 Hilfsklassen mit 39 Kindern untersucht. Unter den 39 fand er 27 schwerhörige, d. h. 69,1 % und zwar 17 Knaben = 77,6 % und 10 Mädchen = 58,8 %. Von 78 Ohren waren 54 schwerhörig, von letzteren hatten eine Hörweite von unter 8 m = 7,4 %, eine Hörweite von unter 4 m 5 = 9,3 %, eine Hörweite von unter 3 m 10 = 18,5 %, unter 2 m 2 = 3,7 %, unter 1 m 4 = 7,4 %, unter 0,5 m 20 = 37,0 %. Nur die Konversationssprache hörten 4 = 7,4 %. Unter 50 cm beiderseits hörten 3 Kinder, unter 30 cm auf einem oder beiden Ohren 17, unter 20 cm 4, unter 10 cm 2 Kinder, so daß 14 = 35,9 % aller Kinder oder 51,8 % der schwerhörigen für den Taubstummenunterricht geeignet waren. Gemäß dem Grade der Schwerhörigkeit waren die Kinder natürlich auch mehr oder weniger imstande, die Umgangssprache zu erlernen; so sprachen 2 hochgradig schwerhörige überhaupt noch nicht, 4 hatten beim Eintritt in die Hilfsschule kein lautes Wort gesprochen, 1 Kind sprach nicht gern, 1 nur die Vokale, es waren somit 8 Kinder, welche mehr oder weniger als stumm gelten durften. Ganz korrekt sprachen überhaupt nur 9 Kinder, d. h. 33,3 % der Schwerhörigen, alle übrigen den Defekten in der Tonreihe entsprechend eine mehr oder weniger mangelhafte Sprache, so besonders schlecht gesprochene s-Laute, f, r und anderes waren mangelhaft. Auch hatten die meisten Kinder erst sehr spät, meist zwischen dem 3. und 5. Lebensjahre sprechen gelernt. WANNER fand in der ersten Klasse, die er untersuchte, 73,7 % Schwerhörige, 5,2 % Schwach-

1*

sichtige und nur 21,1 % wirklich Schwachsinnige, in der zweiten Klasse 65 % Schwerhörige, 15 % Schwachsinnige und nur 20 % wirklich Schwachsinnige. Die WANNER'schen Resultate sind zweifellos sehr abweichend von den Resultaten, die andere Ohrenärzte bei der Untersuchung Schwachsinniger in den Hilfsschulen gefunden haben. So fand HARTMANN bei der Untersuchung von 205 Kindern in einer Hilfsklasse nur 41, d. h. 20 % Schwerhörige. Unter diesen 41 waren 29, d. h. von der Gesamtzahl 14,1 %, die weniger als 2 m, 9 %, die weniger als 1 m, und 8 %, die weniger als 0,5 m Flüstersprache hörten. Ähnlich sind die Zahlen von NADOLECZNY, der 36 Gehörorgane einer Hilfsklasse prüfte. Er fand, daß 21 Flüstersprache über 8 m weit hörten, daß 7 eine Hörweite von 8–4 m, je eines eine solche von 4—2, bzw. 1—0,5 m hatten, 4 hörten nur zwischen 0,2 und 0 m und 1 Kind hörte auf beiden Ohren mittellaute Sprache nur auf 0,5—0,25 m. Der Sprachbeginn fiel bei 10 von diesen 18 Kindern ins 3.—5. Lebensjahr, und unter ihnen waren 6 Stammler, 5 Lispler, 1 Stotterer, je 1 Rhinolalia aperta und clausa. WANNER gibt uns in seinem Aufsatze nicht an, daß irgend einmal die Hörprüfung, welche er vornahm, mißlungen wäre; dagegen finden wir in der Untersuchungsreihe, die BRÜHL und NAWRATZKI veröffentlicht haben, welche 195 bildungsfähige Idioten von 6—20 und 76 bildungsunfähige Idioten zwischen 4 und 43 Jahren untersuchten und bei der Hörprüfung nur die bildungsfähigen Idioten heranzogen, daß auch bei diesen die Prüfung nicht immer gelang. Von den zur Prüfung herangezogenen 390 Ohren waren 21,5 % nicht zu prüfen, von 306 geprüften Ohren waren 64,3 % normal, 35,6 % pathologisch. 22,2 % hörten die Flüstersprache nur unter 4 m gegenüber dem sonstigen Befund von 5 % bei Schulkindern. Jedenfalls ergibt sich aus dieser kurzen Zusammenstellung, daß bei den schwachsinnigen Kindern ein beträchtlicher Prozentsatz vorhanden ist, welcher schwerhörig ist und zwar so schwerhörig, daß die Sprache auf dem gewöhnlichen Wege nicht erlernt werden kann, daß ein anderer, ebenfalls sehr beträchtlicher Prozentsatz doch in mäßigem Grade schwerhörig ist, so daß eine besonders geschärfte Aufmerksamkeit von seiten des Gehörorgans dazu gehört, um mit ihm die Lautsprache zu perzipieren. Und da es bei den schwachsinnigen Kindern ja gerade an der Aufmerksamkeit sehr mangelt — teilt doch SOLLIER, wie mir scheint, nicht mit Unrecht, die Idioten nach dem Grade ihrer Aufmerksamkeit ein —, so

kommt für die sprachliche Untersuchung die Untersuchung des Gehörorgans in allererster Linie in Frage und erklärt bereits eine große Zahl der bei der sprachlichen Funktionsprüfung sich findenden Erscheinungen.

Das zweite Perzeptionsorgan der Sprache, das zweifellos eine sehr bedeutende Rolle auch bei dem normalen Kinde spielt, ist das Auge, wissen wir doch, daß blindgeborene Kinder unter sonst gleichen Umständen später sprechen lernen. Zwar leugnet Baldwin in seinem bekannten Werke („Die Entwicklung des Geistes“, Berlin 1898), die Bedeutung des Auges für die sprachliche Entwicklung des Kindes, allein, wer jemals eingehend die sprachliche Entwicklung eines Kindes Tag für Tag, Wochen und Monate hindurch beobachtet hat, dem kann unmöglich die außerordentliche Rolle, die das Auge bei der Perzeption der Sprache, gerade beim Sprechenlernen, spielt, entgangen sein. Das normale Kind richtet mit größtem Eifer sein Auge auf den sprechenden Mund der Umgebung, ja es scheint. als ob der optische Anreiz zur Sprachentwicklung manchmal noch mächtiger wirkt als der akustische. Es ist dies vielleicht nicht im allgemeinen der Fall, aber bei bestimmten Momenten der sprachlichen Entwicklung kann man sehr wohl zu diesem Eindruck gelangen, und in der Tat stellt Wundt den optischen Reiz bei der Nachahmung weitaus höher als den akustischen. Wenn wir uns dem auch vielleicht nicht ohne weiteres anschließen wollen, so kann es jedenfalls keinem Zweifel unterliegen, daß die optische Perzeption des Gesprochenen für die sprachliche Entwicklung, für das Sprechenlernen bei jedem Kinde, also auch bei dem schwachsinnigen von großer Bedeutung ist. Deshalb muß das Auge des schwachsinnigen Kindes untersucht werden, und Wanner hatte durchaus recht, wenn er bei seiner Gehöruntersuchung auch die Augenuntersuchung zur Vervollständigung heranzog. Immerhin ist der geringe Prozentsatz auffallend, den Wanner als Resultat der augenärztlichen Untersuchungen angibt. Es ist recht wohl verständlich, daß Untersuchungen, die von Augenärzten selbständig an Schulen und Klassen für schwachsinnige Kinder vorgenommen wurden, weit höhere Prozentzahlen ergeben. So fand bereits Schleich bei der Untersuchung von 156 Idioten nur bei 20,7 % emmetropische Augen, dagegen 73,6 % hyperopische, 5,7 % myopische, 10 Anomalien der Augenmuskeln, 6,4 Strabismus, 3,2 Nystagmus und 5,0 Trübungen der Hornhaut. Lang fand in einer Anstalt für schwachsinnige Kinder unter 55 Schülern, daß nur 40 % emmetropisch waren, 23,6 hyper-

opisch, 5,4 myopisch usw. MOLL fand unter 257 Kindern Berliner Hilfsschulen 10 % Amblyopen, 5 % Ametropen, 4 % Schielen, 1,2 % Ptosis und 1 % innere Augenleiden. Bei den Stettiner Hilfsschulen untersuchte MÜRAU 124 Kinder und fand unter ihnen nur 15,3 % emmetropisch, dagegen 72 % hyperopisch, 3,2 % myopisch und 9 % astigmatisch. Dr. GELPKE hebt in einem sehr lesenswerten Vortrage „über die Beziehungen des Sehorgans zum angeborenen und erworbenen Schwachsinn“ hervor, daß auch bei der Untersuchung der Augen sich Schwierigkeiten für die Feststellung der Resultate bei der Untersuchung selbst ergaben. Besonders zeigten sich bei den Idioten fast unüberwindliche Schwierigkeiten, wenn man Sehproben machte. Beim Auge bietet aber die Untersuchungsmethodik immerhin den Vorteil, daß man ja auch objektiv an den Augen Veränderungen konstatieren kann, und infolgedessen ist schließlich die Augenprüfung immer noch sicherer als die Gehörsprüfung. GELPKE fand bei seinen sehr sorgfältigen Untersuchungen, daß im Durchschnitt nur 27,5 % der von ihm untersuchten Kinder ein nach jeder Richtung hin tadelloses Sehorgan besaßen, bei den übrigen 72,5 % fanden sich „bald äußerliche bald innerliche, bald angeborene bald erworbene, bald das Sehen störende, bald relativ irrelevante Anomalien. Am wenigsten bezüglich der Augen geschädigt waren merkwürdigerweise die Idioten mit 43 %, am meisten die Schwachbegabten mit ca. 83 %, dazwischen standen die Schwachsinnigen mit 56 %“. Interessant ist auch, was GELPKE über den Farbensinn berichtet. Auch hier kann er keine bestimmten Angaben machen, da ja bei einem großen Teile der Kinder die richtige Benennung der Farben mangelte. Es zeigte sich aber, daß doch ein gewisser Teil sicherlich keine richtige Farbenempfindung besaß und bei wiederholten Prüfungen stets falsche Farbentöne zusammenlegte; solcher Kinder fanden sich 7,3 %. Sie konnten sämtlich Rot und Grün nicht auseinanderhalten und verwechselten sie mit anderen Farben. Ein völlig normaler Farbensinn ließ sich auch bei den Schwachbegabten nur bei 44,5 % feststellen. Im übrigen verweise ich auf die bekannten Arbeiten von SÉGUIN, SHUTTLEWORTH, DEMOOR und einige Angaben von ZIEHEN („Die Geisteskrankheiten des Kindesalters“, S. 74).

Endlich ist die Untersuchung des Tastsinnes bei schwachsinnigen Kindern außerordentlich schwierig. Die ästhesiometrischen Prüfungen erfordern auch bei den normalen Personen soviel Aufmerksamkeit, daß mit allem Grunde an der Zuverlässigkeit

der bei Schwachsinnigen gefundenen Resultate Zweifel gehegt werden müssen. Auch Demoor und Daniel haben diese Schwierigkeiten sehr wohl anerkannt, und auch das Vorgehen von Binet (Attention et Adaptation. Année psychologique 1899, Bd. 6, S. 258) gibt bei Schwachsinnigen, wie ich mich selbst überzeugt habe, keine gleich bleibenden Resultate. Ley fand unter 127 Kindern, welche er mittels des Binetschen Prüfungsverfahrens auf ihr Tastgefühl untersuchte, 50 Kinder, welche aufmerksam waren (logiques, constants et paraissants sincères), 48, welche sich fortwährend in ihren Angaben widersprachen, 18, die einfach automatisch antworteten, d. h. einmal angaben, daß sie eine, und das nächste Mal, daß sie zwei Spitzen gefühlt hätten, und 11, welche überhaupt nicht verstanden, was man von ihnen verlangte (Ley, „L'arriération mentale", Brüssel 1904, S. 110 ff.).

Was nun die Produktionsorgane der Sprache betrifft, das Atmungsorgan, Stimme und Artikulation, so ist es ja bekannt genug, daß wir unter den schwachsinnigen Kindern recht oft auch körperlich minderwertige vorfinden; besonders die Mißbildungen des Artikulationsorganes sind ja allgemein bekannt. So sind besonders die Veränderungen des Gaumens, der Zähne, auch die Schwerbeweglichkeit der Zunge, ferner die Hyperplasien der Rachenmandeln allgemein bekannt. Brühl und Nawratzki fanden bei ihren Untersuchungen eine Vergrößerung der Rachenmandeln in 75,1 %, und zwar fand sich, daß die Hyperplasie bei bildungsfähigen Idioten wesentlich häufiger war als bei bildungsunfähigen und bedeutend häufiger als bei Schulkindern und bei Taubstummen. Wanner fand 14,7 % adenoide Vegetationen bei den schwachsinnigen Kindern, Burger 63,7 %. Daß neben den allgemeinen Störungen, die die adenoiden Vegetationen mit sich bringen und die sich in der mangelnden Konzentration der Aufmerksamkeit ganz besonders störend für den Schwachsinnigen äußern, auch mechanische Hemmnisse für den Sprechvorgang sich ergeben, liegt auf der Hand. Die Stimme zeigt sich sehr häufig bei schwachsinnigen Kindern schwach und leise, sowie überhaupt die gesamten Sprachwerkzeuge nicht selten eine geringe Beweglichkeit zeigen, eine Schwerfälligkeit der Bewegung, die gewöhnlich parallel geht den gesamten Körperbewegungen des Kindes. Das späte Laufenlernen und späte Sprechenlernen ist ja bekanntlich bei den Schwachsinnigen gewöhnlich ebenfalls parallel. Jedenfalls wird bei der Untersuchung der Sprache der schwachsinnigen Kinder auf die Hemmnisse, die im Artikulationsorgan event. vorhanden sind, besonders zu achten sein. Daß eine angeborene Gaumenspalte unter

Umständen bei einem mäßig schwachsinnigen Kinde die sprachliche Entwicklung vollkommen hemmen kann, habe ich mehrfach gesehen. Man konnte bei einem dieser Kinder sogar beobachten, daß es mehrfach spontane Versuche machte, Sprache zu produzieren, daß es aber jedesmal bei dem Erkennen seiner eigenen mangelhaften Sprachproduktion wieder davon Abstand nahm. Dieses 8jährige Mädchen kam erst dann zur spontanen Sprachentwicklung, als ihm durch gewisse Hilfsmittel gezeigt wurde, daß es die einzelnen Laute ebenso bilden könne wie die übrigen Menschen; es war also hier die Sprachhemmung zwar veranlaßt durch den angeborenen Gaumenspalt, aber im wesentlichen bewirkt durch die Unlusterscheinungen, die sich mit der eigenen Sprachproduktion des Kindes verknüpften.

Sind die Perzeptions- und Produktionsorgane der Sprache untersucht, so werden wir zur Untersuchung der Funktion übergehen. Bei der Perzeption der Sprache wird es sich bei schwerhörigen schwachsinnigen Kindern vor allen Dingen darum handeln, was noch von der Lautsprache wahrnehmbar ist, ob Schallgehör oder Vokalgehör oder Wortgehör oder endlich noch Satzgehör vorhanden ist. So wichtig die ohrenärztliche Untersuchung mit der kontinuierlichen Tonreihe und der Prüfung der Entfernungen, auf die gehört wird, auch ist, so kommt es für die Sprache doch im wesentlichen auf die Feststellung der eben genannten Hörfähigkeiten an. Natürlich wird beim schwachsinnigen Kinde nur dann auf das Vokalgehör, Konsonantengehör, Wortgehör geprüft werden können, wenn das Kind die vorgesprochenen Worte nachspricht; wenigstens wird nur dann diese Prüfung sicher sein. Zu unsicheren Resultaten, aber vielleicht ganz wichtigen Anhaltspunkten gelangt man auch, wenn man sich nur mit der Bejahung oder Verneinung als Antwort bei der Gehörprüfung begnügt. Nicht unwesentlich wird ferner sein, festzustellen, wieweit das Kind die optischen Sprachbewegungen mit Aufmerksamkeit zu verfolgen imstande ist. Ich pflege dazu gewisse charakteristische Mundstellungen dem Kinde vorzumachen und es aufzufordern, diese nachzuahmen, z. B. die Mundstellungen des a und u, die Zungenstellung des l, das Aufblähen der Backen bei exzessiven Ansätzen zur Aussprache des p usw., alle diese Bewegungen aber, ohne daß sie mit Geräusch oder Stimme verbunden sind. Auch schwachsinnige Kinder, welche noch wenig oder gar nicht sprechen, ahmen gewisse exzessive Mundstellungen gern nach. Will das Kind aber nicht nachahmen, so

pflege ich ihm eine Anzahl von Photographien von Mundstellungen vorzulegen und fordere es auf, die zu einer bestimmten gezeigten Mundstellung gleiche Mundstellung aus den Photographien heraus zusuchen. Auch ist es nicht unwesentlich, wenn man zur Verstärkung des zur Nachahmung führenden Reizes dem Kinde den Spiegel vorhält, so daß es sein eigenes Gesicht beobachten und mit dem des Vorsprechenden vergleichen kann. Ich pflege dazu die bekannten dreiteiligen Spiegel zu benutzen, die in Toilettegeschäften zu erhalten sind, weil man vor diesen neben dem Kinde sitzend gleichzeitig mit dem Kinde in den Spiegel blickt und weil das Kind im Spiegel hier sehr bequem sein eigenes Gesicht mit dem Gesicht des Vorsprechenden zu gleicher Zeit vergleichen kann (s. meine Vorlesungen über die Störungen der Sprache 1893, S. 164).

Sind so die sprachlichen Perzeptionen des Gehörs und Gesichts festgestellt, so müssen wir das Verständnis des Gesprochenen im einzelnen prüfen, und zwar wird man zunächst das Kind zum Zeigen benannter Objekte auffordern, also es veranlassen, auf die Fragen: wo ist der Tisch? wo ist der Stuhl? wo ist das Buch? wo ist der Spiegel? die betreffenden Gegenstände mit der Hand zu berühren. Es wird bei den ersten Prüfungen oft notwendig sein, dem Kinde zunächst die Hand zu führen und ein paarmal auf die Fragen das verlangte Zeigen dem Kinde vorzumachen; denn würde man sich mit dem Nichtreagieren auf diese Frage ohne weiteres begnügen, so dürfte man in nicht wenigen Fällen falsche Schlüsse aus der Untersuchung ziehen. Erst wenn nach mehrfachem Vormachen das Kind auf derartige Fragen nicht mit Zeigen antwortet und wenn man die Überzeugung gewinnt, daß das Kind diese Antworten nicht aus irgend einem anderen Grunde, z. B. aus Unlust an den Untersuchungsvorgängen, aus Eigensinn und anderem mehr, unterläßt, ist man berechtigt, aus dem negativen Ergebnis der Untersuchung Schlußfolgerungen auf die Nichtapperzeption des Gesprochenen zu ziehen. Ich setze natürlich voraus, daß eine Intelligenzprüfung der Kinder nebenher geht, so daß man bei dem Untersuchungsergebnis unterscheiden kann, ob die Nichtapperzeption des Gesprochenen einfach unter die Gruppe der sensorischen Aphasien fällt oder ob sie eine Folge der mangelnden Intelligenz ist. Zu dieser Intelligenzprüfung gehört vor allen Dingen die Prüfung des zentralen Sehens und Hörens, d. h. die Prüfung des Erkennens von Objekten durch Gesicht, Gefühl, Gehör usw. Bekanntlich hat dazu Séguin bereits eine Reihe von sehr

einfachen Methoden angegeben, und LIEBMANN hat dieselben noch etwas detailliert: man würde dem Kinde einen Gegenstand zeigen, z. B. einen Tisch oder einen Stuhl, und es auffordern, diesen selben Gegenstand auf einem Bilde wieder zu bezeichnen; man würde das Kind auffordern, ähnliche Gegenstände auf einen Haufen zusammenzulegen, z. B. Nägel, Federn, Knöpfe, Münzen, Spielkarten und anderes. So würde ferner der Ton verschiedener Objekte, ohne daß das Kind dieselben sehen kann, erregt werden und das Kind dann aufgefordert werden, diese Objekte zu bezeichnen. LEY macht letzteres in der Weise, daß er das Kind mit dem Rücken gegen den Tisch setzt, auf welchem die Gegenstände stehen: eine Klingel, ein Schlüsselbund, eine Pfeife, einige Münzen, ein gewöhnliches Glas, ein kleiner Hammer usw. Bei dieser Prüfung muß das Kind die ganze Sache mehr wie ein Spiel ansehen, dann wird seine Aufmerksamkeit leicht festgehalten und man kommt schließlich zum Ziel, d. h. zu entscheiden, ob das Kind imstande ist, aus dem gehörten Geräusch oder Ton den Gegenstand zu erkennen, d. h. ob die zentrale Gehörsassoziation bei ihm funktioniert.

Alle diese und ähnliche Prüfungen des Gesamtintelligenzzustandes des Kindes werden naturgemäß die Untersuchung der Sprachperzeption vervollständigen müssen. Haben wir festgestellt, daß das Kind benannte Objekte zeigen kann, so kommt es noch darauf an, ob es auch imstande ist, die Aufforderung zur Handlung zu verstehen; z. B.: geh an das Fenster — komm wieder her — hebe die Hände hoch — setze den Hut auf — schlag das Buch auf — und anderes mehr. Will man noch weiter gehen, so würde man die Aufforderung zur Handlung komplizieren, z. B.: lege das Buch auf den Stuhl — setze das Tintenfaß auf das Fensterbrett — und anderes mehr.

Der zweite Teil der Untersuchung der Funktion betrifft nun die Produktion der Sprache; hier wird geprüft werden müssen das spontane Sprechen und das Nachsprechen. Die Sprachstörungen, welche sich bei den schwachsinnigen Kindern vorfinden, sind ja mehrfach bereits in gewisse Ordnungen gebracht worden. So unterscheidet WILDERMUTH zwei Gruppen von Sprachstörungen bei den Idioten: die erste Gruppe stellt sich als der direkte Ausdruck der Geistesstörung des Idioten dar, und die zweite Gruppe ist mehr als Komplikation, nicht aber als Folge der geistigen Schwäche anzusehen. In ähnlicher Weise sind auch von anderen Autoren die Sprachstörungen bei schwachsinnigen Kindern eingeteilt worden. Von denjenigen Sprachstörungen, welche allein im Schwach-

sinn ihre Ursache haben, sind bekannt (WENIGER) 1. das verlangsamte, zögernde Sprechen, das in neuerer Zeit besonders von FERRERI noch hervorgehoben worden ist und bei dem er besonders auf die schwache Stimme und die Schlaffheit der gesamten Sprachwerkzeuge der Schwachsinnigen aufmerksam macht (er nennt die Störung „Phonasthenie"), 2. die Geschwätzigkeit, 3. die Störungen in der Satzbildung (die grammatische und syntaktische Akataphasie), 4. die Echolalie und 5. die Sprachlosigkeit. WILDERMUTH macht wohl zuerst den Versuch, die Stufen der Idioten nach dem Alter des normalen Kindes zu unterscheiden, dem die Hemmung des Intellektes beim Idioten entspricht, und es ist mehrfach später der Versuch gemacht worden, die einzelnen Sprachentwicklungsstufen des Kindes in Beziehung zu setzen mit den Sprachhemmungen der Schwachsinnigen und Idioten, so daß man von einem tiefstehenden Idioten nur das unartikulierte Schreien des Säuglings erwarten kann, von einem etwas weiter entwickelten das automatische Lallen, bei einer noch höheren Stufe das richtige Nachsprechen und endlich bei der geringsten Form des Schwachsinns die spontane Sprache, bei der sich ebenfalls noch in den Stufen der Entwicklung die bei schwachsinnigen Kindern zu beobachtenden Mängel des Agrammatismus und anderer Erscheinungen zeigen.

Ich will nun an dieser Stelle auf die einzelnen Sprachstörungen nicht näher eingehen; es handelt sich hier ja nur darum, in welcher Weise wir die spontane Sprache des schwachsinnigen Kindes *untersuchen* können. Spricht das Kind von selbst und antwortet auf unsere Fragen, so ist natürlich darüber kein Wort weiter zu verlieren; ganz anders dagegen liegt die Sache, wenn das Kind sich weigert, auf unsere Fragen zu antworten. Es ist in manchen Fällen außerordentlich schwer, schwachsinnige Kinder zum **spontanen Sprechen** zu veranlassen. Am besten gelingt dies immer noch, indem man mit dem Kinde irgend etwas spielt und bei dem Spiele *plötzlich* Geräusche entstehen läßt, die seine Aufmerksamkeit erregen, oder *plötzlich* Gegenstände zeigt, die das Kind in irgend einer Weise interessieren. Ich habe in meinem Ambulatorium eine Reihe von *Spielzeugen*, die ich zu diesen Zwecken verwende und *die alle Bezeichnungen führen, die von einem auch nur mäßig sprachlich entwickelten Kinde leicht gesagt werden können.* So liegen zum sofortigen Gebrauche und zur Anwendung bei der sprachlichen Untersuchung bereit: eine Puppe, ein Ball, ein Hund (Baubau), ein Pferd (pr pr), ein Baum = sämtlich Laute des 1. Artikulationsgebietes; ferner: eine Dame

(eine als Dame angezogene Puppe), ein Straßenbahnwagen oder eine Droschke (zum Sprechen des für Spazierengehen bekanntlich gebrauchten „da da“), ein Tannenbaum, eine Trompete (Tute), eine Trommel = sämtlich Laute des 2. Artikulationsgebietes; ferner: ein Kamm, Kegel, Kugel, Kopf = sämtlich Laute des 3. Artikulationsgebietes. Für die Reibelaute und Zischlaute dienen zur Prüfung der spontanen Sprache: ein Affe, eine Pfeife, ein Soldat, eine Suppenschüssel, ein Schaf, ein Schiff, ein Säbel und anderes mehr. Zum mindesten bringt man die Kinder, die fast gar nicht sprechen, dazu, daß bei plötzlich auftauchenden Gegenständen sie diese mit „da da“ oder „da“ oder „ah“ begrüßen, d. h. man erzeugt die beim normalen Kinde ja allgemein bekannten volitionellen und emotionellen Äußerungen. Natürlich ist es nicht unwesentlich, wenn man zu diesem rein gegenständlichen Reiz, der optisch und taktil ist, auch noch akustische Reize hinzufügt, wenn die Puppe z. B. Sprache oder Töne von sich gibt, wenn ein Kreisel brummt und singt, wenn auf der Trompete geblasen, auf der Trommel geschlagen wird usw. Je mehr Reize auf das Kind in dieser harmlosen, natürlichen Weise ausgesandt werden, desto eher wird eine sprachliche Äußerung selbst von einem noch maulfaulen Kinde zu erwarten sein; freilich gibt es unter den schwachsinnigen Kindern manche, die auf nichts sprachlich reagieren.

Ebenso wird man beim **Nachsprechen** verfahren. Wenn das Kind spontane Äußerungen über die Gegenstände gemacht und man aus ihnen die sprachlichen Fähigkeiten nunmehr richtig eingeschätzt hat, so wird es zur Vervollständigung des spontan Gesprochenen auch notwendig sein, das Nachsprechen zu prüfen. Andererseits werden wir ja unter den schwachsinnigen nicht selten Kinder finden, die spontan gar nicht sprechen, dagegen mehr oder weniger gut nachsprechen; das Nachsprechen muß infolgedessen in jedem Falle besonders geprüft werden. Auch wird es gar nicht selten vorkommen, daß gewisse Sprachstörungen, z. B. Stottern, beim Nachsprechen verschwinden, so daß auf den Gang der Behandlung das Resultat dieser Untersuchung Einfluß hat. Beim Nachsprechen muß man bei den schwachsinnigen Kindern, um festzustellen, ob alle Laute richtig gemacht werden können, gewöhnlich einen kleinen Umweg machen, da die Kinder sich öfters weigern, einfache Silben, die nichts bedeuten, nachzusprechen. Ich habe daher eine Reihe von einfachen, dem kindlichen Leben naheliegenden Worten, die sich zum Teil mit den oben genannten Spielgegenständen decken, aufgestellt, nach denen ich gewöhnlich die Sprachlaute prüfe. Ich

will diese Reihe hier kurz wiedergeben. I. Verschlußlaute: 1. Laute des ersten Artikulationssystems: Ball, Baum, Baubau, Papa, Puppe, Papier, habe, Hampelmann, aber, ab, puff. 2. Laute des zweiten Artikulationssystems: da, da da, Daumen, Dame, dumm, Tanne, Tinte. 3. Laute des dritten Artikulationssystems: Gabel, gib, gut, guten Tag, guten Abend, gute Nacht, Kamm, komm, Kaffeekanne, kaputt. II. Reibelaute: 1. Reibelaute des ersten Artikulationssystems: Pfeife, Affe, fünf, auf, wo, wie, wer, Muff, piff, paff, puff. 2. Reibelaute des zweiten Artikulationssystems: sieh, so, sage, summ summ, was, das, Tasse, Wasser, Schaf, Schule, Schale, wasche, Flasche. 3. Reibelaute des dritten Artikulationssystems: ich, ja, ach, Loch, Buch, Bauch. III. L-Laute: Löffel, Lamm. IV. R-Laute: Rad, Rabe, Karre, reibe, Rose. V. Nasallaute: Mama, Anna, nimm, Nase.

Sind die einzelnen Laute alle beim Nachsprechen richtig vorhanden, so werden auch die Doppelkonsonanten noch besonders geprüft werden können. Auch dafür ist es gut, bestimmte Prüfungsworte immer gleich bereit zu haben, die man eventuell auch durch Zeigen der Gegenstände oder Zeigen dazu gehöriger Bilder gleich erläutert, so daß der Reiz zum Nachsprechen für das Kind verstärkt wird. Derartige Worte sind: blau, plumps, brav, braun, krank, Trommel, Trompete, Schwamm, schwer, Stuhl, Stube, Stahl, zwei, Spiel, Spind, sechs, Max, Fuchs, Klecks. Natürlich bezieht sich diese Prüfung im Nachsprechen in erster Linie auf die überaus zahlreichen Artikulationsstörungen bei den schwachsinnigen Kindern; daß sie aber auch für die Beurteilung des Stotterns von Wert ist, habe ich bereits erwähnt. Die Störungen des Agrammatismus und der Akataphasie wird man naturgemäß nur dann genau untersuchen können, wenn man das Kind zum Sprechen von Sätzen veranlaßt. Auch hier wird spontanes Sprechen und Nachsprechen gesondert geprüft werden müssen. Ist das Kind im Laufe der Untersuchung mit dem Arzte vertraut geworden, so wird es inzwischen vielleicht mehrfach Satzbildungen produziert haben, natürlich nur dann, wenn es überhaupt sprachlich so weit vorgeschritten war. Es wird dann auch bei der Untersuchung des Nachsprechens leicht zum Nachsprechen von Sätzen gebracht werden können, eventuell wird man das Nachsprechen in Satzform durch gewisse Fragen veranlassen können; z. B. was ist dies? — Antwort: Das ist Kreide. — Wo liegt die Kreide? — Antwort: Die Kreide liegt auf dem Tisch. — Was ist dies? — Das sind meine

Augen. — Wozu brauchst du die Augen? — Ich brauche die Augen zum Sehen. — Fragen nach dem Gebrauch der Gegenstände würden gleichzeitig auch ihrerseits wieder ein gewisses Licht auf den Intelligenzzustand des Kindes werfen.

In dieser Weise pflege ich seit Jahren in meinem Ambulatorium die Sprache der schwachsinnigen Kinder zu untersuchen und zu registrieren. Nur bei vollständiger Beachtung aller der eben angeführten Punkte ist es möglich, auch ein vollständiges Bild von der vorhandenen Sprachstörung zu gewinnen; andererseits ist es auch nur auf diese Weise möglich, die für die Beseitigung der vorhandenen Sprachstörungen eventuell notwendigen Maßnahmen richtig zu treffen. So ergibt sich schon bei der ersten Untersuchung die Art und Weise des nächsten Vorgangs ganz von selbst. Ich glaube daher, daß die Mitteilung dieser auf jahrelanger praktischer Erfahrung beruhenden, zum Teil ja durchaus nicht neuen, aber vielleicht in dieser Zusammenstellung noch nicht bekannten Untersuchungsmethodik auch denjenigen Ärzten von Interesse sein wird, die sich in ihrem Berufe mit den schwachsinnigen Kindern näher beschäftigen müssen.

Entwicklung und gegenwärtiger Stand des Hilfsschulwesens in Deutschland.

Von

Rektor **Henze**-Hannover.

Wie im Anschlusse an den gewaltigen Aufschwung des Erziehungswesens am Ende des 18. Jahrhunderts eigentlich erst im 19. Jahrhundert in weitergehendem Maße an eine geeignete Versorgung der Viersinnigen, der Verwahrlosten und Verwaisten gedacht wurde, so ist auch die Fürsorge für die Blödsinnigen und Schwachsinnigen erst im vorigen Jahrhundert ein integrierender Bestandteil der humanen Bestrebungen der Kulturvölker geworden. Hatte auch schon der alte Hippokrates eine recht zutreffende Ansicht über das Wesen des Schwachsinns geäußert, so hielt man doch fast allgemein noch mehr als 2 Jahrtausende, durch das ganze Mittelalter hindurch und sogar bis in die Neuzeit hinein an dem finsteren Wahne fest, daß in den Fällen von Geisteskrankheit und -schwäche dämonische, der Menschheit feindliche Mächte einer anderen Welt von den betreffenden Wesen Besitz ergriffen hätten. Nur ganz allmählich machte diese Vorstellung einer besseren Erkenntnis Raum, womit dann auch zugleich bei wahren Menschenfreunden das Streben erwachte, jenen Unglücklichen zu helfen oder doch ihr herbes Los zu erleichtern. Naturgemäß faßte man dabei zunächst die völlig Blödsinnigen und die Schwachsinnigen höheren Grades ins Auge, war auch wohl allgemein der Ansicht, daß diese durch eine breite in keiner Weise überbrückte Kluft von der im Besitze normaler Geisteskräfte befindlichen Menschheit getrennt seien. Schließlich aber konnten sorgfältige Beobachter sich nicht mehr der Erkenntnis verschließen, daß es auf dem Gebiete des Schwachsinns

eine mindestens ebenso weite Skala gebe wie auf dem der geistigen Normalität und daß ferner die geistige Leistungsfähigkeit bei den verschiedenen Individuen von den höchsten bis zu den niedrigsten Graden eine kontinuierliche, an keiner Stelle unterbrochene absinkende Kurve darstelle, absinkend bis zu einem Punkte, wo fast nur noch negatives Leben sich bemerklich macht. (Mehrfach ist auf diese Tatsache von Vertretern der Entwicklungstheorie als gewichtige Stütze ihrer Lehre verwiesen worden.) Von jenem Gesichtspunkte aus betrachtet erklärten sich nun manche Absonderlichkeiten im Wesen und Verhalten zahlreicher Individuen. die in früheren Zeiten, als die Lebensführung der großen Masse sich noch in sehr einfachen Formen hielt, fast gar nicht aufgefallen waren, die aber mit der allmählich sich steigernden Kompliziertheit der Arbeits- und Erwerbsverhältnisse nur mehr oder weniger unvollkommen den Anforderungen des Lebens sich gewachsen zeigten. Immer mehr erweiterten sich bei fortgesetzter Beobachtung und auf Grund der Erfahrungen des täglichen Lebens die Kreise derer, die wegen ihrer geistigen Schwäche als im wesentlichen Grade hilfsbedürftig bezeichnet werden mußten. Wenn auch langsam, so doch stetig hat sich daher auch erfreulicherweise die Fürsorge für die Geistesschwachen intensiv und extensiv gesteigert. Und wenn auch vielleicht einmal aus national-ökonomischen Erwägungen heraus unter Hinweis auf eine angeblich zu erwartende stetig zunehmende Degeneration der Menschheit das Bedenken geäußert werden sollte. es werde schließlich durch die für die Schwachen zu bringenden Opfer die Kraft der noch im Besitz normaler Leistungsfähigkeit sich Befindenden über Gebühr in Anspruch genommen werden, so wollen wir doch hoffen, daß, solange noch wahre Humanität und echtes Christentum bestehen, man für die Ärmsten der Armen, die Armen am Geist, einzutreten bereit sein wird, sei es durch direkte Hilfeleistung, sei es durch Opfer an Geld und Gut.

Es ist leicht begreiflich, daß den leichteren Graden geistigen Defekts, die unmittelbar unter der die Grenze geistiger Normalität nach unten bezeichnenden mittleren Linie menschlicher Leistungsfähigkeit liegen, die helfende Hand der Mitwelt erst vor verhältnismäßig kurzer Zeit sich zuwandte. Es geschah das zunächst auf unterrichtlichem Gebiete. Die dahin zielenden Bestrebungen gehen nur wenig über das letzte Viertel des vorigen Jahrhunderts hinaus. Sie haben sich kondensiert in den als Hilfsschulen, Hilfsklassen. Spezialklassen, Nachhilfeklassen und Nachhilfeabteilungen bezeichneten unterrichtlichen Veranstaltungen. In Deutschland, das auf

diesem Gebiete bahnbrechend vorangegangen ist, hat die Bezeichnung „Hilfsschule für Schwachbefähigte bzw. Schwachbegabte“ fast allgemeine Einführung und Billigung erfahren. Es wird dabei vorausgesetzt, es sei den mit der Sache vertrauten Personen bekannt, daß damit der Tatbestand gegenüber den Eltern und der großen Öffentlichkeit in schonendster Form zum Ausdruck gebracht werden solle, in Wirklichkeit es sich aber um Schwachsinnsformen leichteren Grades handele.

Die ersten das Interesse weiterer Kreise erweckenden Anregungen zur Einrichtung solcher Schulen gingen in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von Dr. Kern, dem Begründer und ersten Direktor der bei Leipzig Idiotenanstalt in Möckern und von Stötzner, damaligem Taubstummenlehrer in Leipzig aus. Dr. Kern hielt 1863 in der pädagogischen Gesellschaft in Leipzig einen Vortrag über Erziehung und Pflege schwach- und blödsinniger Kinder und knüpfte daran den Wunsch, es möchten besondere Schulen für schwachsinnige Kinder eingerichtet werden. 1864 erschien Stötzner's Schrift „Über Schulen für schwachbefähigte Kinder. Erster Entwurf zur Begründung derselben“, in der die Notwendigkeit solcher Schulen nachgewiesen wurde und bereits ein durchaus akzeptabler Lehrplan vorgelegt wurde. Die hierdurch in Leipzig veranlaßten Verhandlungen führten aber zu keinem praktischen Ergebnis, weil Rat und Stadtverordnete sich nicht zu einigen vermochten, ob Anstalt, Nachhilfeklasse oder eine Hilfsschule im eigentlichen Sinne vorzuziehen sei. Jedoch entstand auf Kern's Anregung 1865 eine deutsche Gesellschaft zur Förderung der Schwach- und Blödsinnigenbildung, der Stötzner auf einer Tagung in Hannover seinen Plan eingehend darlegte, woraufhin folgender präziser und den Kern der Sache treffender Beschluß gefaßt wurde: In allen größeren Städten gründe man Schulen für schwachsinnige Kinder, damit diese, die später zum größten Teile der Gemeinde zur Last fallen, durch geeignete Persönlichkeiten und entsprechenden Unterricht zu brauchbaren Menschen herangebildet werden. Einer der Teilnehmer dieser Versammlung, der Lehrer Steuer aus Dresden, berichtete darüber an den Rat dieser Stadt, und infolge davon wurde 1867 in Dresden-Altstadt und 1868 in Dresden-Neustadt je eine Klasse für Schwachbefähigte eröffnet. Weitere Ausgestaltung erfuhr zunächst die erstere, aber erst Ende der achtziger Jahre. Jetzt ist die altstädter Schule sechs-, die neustädter Schule dreiklassig. Erwähnt sei übrigens auch, daß bereits 1859 in Halle eine Nachhilfeklasse für solche Kinder eingerichtet wurde, die aus den verschiedensten Gründen dem Volks-

schulunterricht nicht zu folgen vermochten und in der sie, nebenamtlich, täglich 2 Stunden Nachhilfeunterricht empfangen sollten. Eine ähnliche Einrichtung wurde 1860 in Chemnitz, 1874 in Gera und 1877 in Apolda ins Leben gerufen.

Im Jahre 1879 regte in Elberfeld der Beigeordnete ERNST an. aus Anlaß der goldenen Hochzeit des Kaiserpaares eine Stiftung zu errichten zum Zweck der Ausbildung geistig und körperlich mangelhaft veranlagter Kinder, deren es in Elberfeld eine große Zahl gebe. Ein solches Werk sei ein ebenso barmherziges wie dem Gemeinwohl dienendes. Eine Sammlung ergab 30000 M., die von den städtischen Behörden auf 40000 erhöht und von deren Zinsen eine Hilfsklasse eingerichtet und unterhalten wurde. 1881 eröffneten Leipzig und Braunschweig Hilfsschulen. Von den Pionieren der Hilfsschulbewegung aus jener Zeit leben noch Hofrat STÖTZNER-Dresden. Direktor RICHTER-Leipzig, Hauptlehrer ROTTLAENDER-Elberfeld, Oberlehrer PRUGGMEYER-Dresden und Hauptlehrer KIELHORN-Braunschweig; die beiden letzten sind noch jetzt im Amt. Von 1883 bis 1891 haben in jedem Jahre 2—4 deutsche Städte Hilfsschulen eingerichtet. Von 1892 an erfolgte die Gründung neuer Hilfsschulen in wesentlich beschleunigtem Tempo, und von 1898 etwa ab datiert ein geradezu gewaltiger Aufschwung des Hilfsschulwesens sowohl was die Gründung neuer als auch was den Ausbau bereits bestehender Schulen anlangt.

Im Anfang der ganzen Hilfsschulbewegung dachten sowohl die städtischen Behörden, welche die sog. Neben- oder Hilfsklassen einrichteten, wie auch die Lehrer, die an das Werk herangingen, einzig und allein an eine den schwachen Kindern zu gewährende Nachhilfe mit der bestimmten Absicht der Rückversetzung in die Normalschule. Mit Feuereifer wurde die Arbeit aufgenommen, und tatsächlich wurde nach kürzerer oder längerer Zeit mit einer Anzahl der Kinder der Lehrstoff der untersten Normalschulklasse im großen und ganzen durchgearbeitet. Man versetzte diese nun in die Normalschule zurück, aber gar bald blieben sie bei dem dort herrschenden schnelleren Tempo des Unterrichts von neuem so weit zurück, daß ein Erfolg nicht mehr möglich war. Bezüglich der größeren Zahl der Kinder aber drängte sich nach einigem Verweilen derselben in der Hilfsschule ohne weiteres und unabweisbar die Überzeugung auf, daß ihnen die Normalschule auf keinen Fall helfen könne; aber man erkannte doch auch zugleich, daß diese Kinder durch einen andauernd ihrer Eigenart angepaßten Unterricht, wenn auch langsam. doch wesentlich gefördert zu werden vermochten. So erwuchs in

den verschiedensten Orten in und aus der Praxis die Erkenntnis, daß nur auf diesem Wege, bei dauernder Abtrennung von der Normalschule solchen Armen am Geist wirksam zu helfen sei.

Die ersten Schulen wußten gegenseitig nichts von ihrem Bestehen. Sehnsüchtig, aber vergeblich schauten die Lehrer nach Anleitung, Literatur und Meinungsaustausch mit in der gleichen Arbeit stehenden Personen aus. Fürs erste war jeder völlig auf sich angewiesen; zum Glück für die ganze Bewegung, möchte man sagen, denn es sprach gewiß sehr dafür, daß die ersten Bahnbrecher auf dem Hilfsschulgebiet die rechten Wege eingeschlagen, die rechten Mittel, wie sie dem Wesen der Sache entsprachen, gewählt hatten, als es sich bei näherem Bekanntwerden miteinander herausstellte, daß man im großen und ganzen überall durch die Verhältnisse selbst in die gleichen Bahnen gedrängt worden war.

Es kann nicht wundernehmen, daß man zunächst vielfach, namentlich in den ersten Jahren, wo erst wenige Hilfsschulen bestanden und die Zeit ihrer Wirksamkeit noch zu kurz war, als daß ihre Resultate ohne weiteres schon hätten in die Augen springen und die Daseinsberechtigung dieser neuen Gattung von Schulen hätten erweisen können, einer doch so recht tief in das Leben des Kindes einschneidenden Maßregel sich gleichgültig, skeptisch oder gar direkt gegnerisch gegenüberstellte. Es muß anerkannt werden, daß vor allem auch Vertreter der Medizin von Anfang an die Hilfsschule recht gewürdigt und dementsprechend gefördert haben.

Durchaus begreiflich war zunächst die Gegnerschaft mancher Eltern, und es verdient anerkennend hervorgehoben zu werden, daß man überall die Überführung von Kindern in die Hilfsschule zunächst von der Einwilligung der Eltern abhängig machte, solange man noch nicht auf völlig festen Füßen stand, noch nicht zu voller Klarheit und sicherer Überzeugung von der Wichtigkeit und Notwendigkeit der Sache sich durchgearbeitet hatte. Wenn bei diesem Verfahren zwar infolge falscher Eitelkeit, Verblendung und Eigensinns der Eltern manches schwache Kind der Hilfsschule fern blieb, so lag doch andererseits in der Zustimmung der Eltern in Verbindung mit dem fast überall beobachteten Prinzip, die betreffenden Kinder erst nach zweijährigem regelmäßigen, also nicht durch Krankheit oder sonstige Gründe länger unterbrochenen Besuche einer Normalschule in die Hilfsschule aufzunehmen, für die mit der Auswahl der Kinder betrauten Personen etwas sehr Beruhigendes, die Gewähr, keine Fehlgriffe zu tun.

Vielfach wurde anfangs auch in der Lehrerschaft ein gegne-

rischer Standpunkt gegenüber den Hilfsschulen eingenommen unter dem Hinweis darauf, daß der Besuch dieser Schulen die betreffenden Kinder brandmarke und in den Augen der Öffentlichkeit herabsetze. Man behauptete, bei genügend verminderter Klassenfrequenz könne man den Geistesschwachen auch in der Normalschule ausreichend und ebensogut wie in Hilfsschulen helfen, für welche Behauptung man allerdings keinerlei Erfahrungen ins Feld zu führen vermochte. Wollte man das erreichen, dann müßte man zunächst die Normalschule in ihrem Lehrstoff der Hilfsschule gleichstellen. Man sah eben noch nicht ein, daß hier nur die Wahl blieb, entweder die Geistesarmen hilflos am Wege liegen zu lassen oder ihnen selbst auf die Gefahr eines gewissen ihnen anhaftenden Odiums hin zu helfen für Zeit und Ewigkeit, daß ferner im späteren Leben ein gutes Abgangszeugnis aus der obersten Klasse einer mehrklassigen Hilfsschule bei einsichtsvollen Personen empfehlender wirken werde als ein Zeugnis aus den untersten Klassen einer Normalschule mit den traurigsten Zensuren. Man vergaß ferner, daß doch auch die normal und gut Begabten Anspruch auf eine einigermaßen ihrer Leistungsfähigkeit entsprechende Förderung haben und nicht stetig durch das Bleigewicht der Schwachen zurückgehalten werden dürfen.

Eine gewisse Gegnerschaft trat in den ersten anderthalb Jahrzehnten der Hilfsschulbewegung auch zutage zwischen den Vertretern der Hilfsschule und denen der Idiotenanstalten. Bei letzteren bestand wohl vielfach die Besorgnis, daß ihnen durch die Hilfsschulen das gesamte noch irgendwie bildungsfähige Schülermaterial entzogen werden könnte. Es wurde sogar vereinzelt der Standpunkt vertreten, daß alle in der Volksschule infolge geistigen Defekts nicht zu fördernden Kinder der Anstaltserziehung zu überweisen seien. Daran war ja aber schon wegen der enormen Kosten nicht zu denken, sind doch auch heute bei weitem noch nicht einmal alle Vollidioten in Anstalten untergebracht. Derartige Ansichten konnten also nur darauf hinauslaufen: eines offensichtlich auf lange Zeit hin absolut nicht realisierbaren Prinzips wegen notwendig sofort zu leistende Hilfe zu hindern. Wenn gegenwärtig auch in Deutschland rund 80 Anstalten mit etwa 21000 Zöglingen bestehen, so scheiden doch ca. 25 von jenen als Privatanstalten wegen des hohen Pensionspreises für die Kreise, aus denen die Hilfsschulen ihr Schülermaterial beziehen, fast ganz aus, so daß angenommen werden darf, daß gegenwärtig, nur 25 Jahre nachdem die Hilfsschulbewegung in Fluß gekommen ist, die Hilfsschulen bereits ebensoviele Zöglinge aufzuweisen haben wie die Gesamtheit

der Anstalten, deren Insassen mehr oder weniger ohne pekuniäre Opfer seitens der Eltern aufgenommen werden. Genug, eine gewisse Gegnerschaft bestand, und mehrfach kam es in den achtziger und neunziger Jahren auf den Kongressen der schon seit den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts organisierten Vertreter der Idiotenanstalten zu unliebsamen Kontroversen mit den Hilfsschulvertretern über die Daseinsberechtigung der Hilfsschulen. Andererseits muß aber auch anerkannt werden, daß die Hilfsschulen der Anstaltspädagogik sehr viel in Bezug auf Lehrmittel und Literatur und vor allem betreffs der Methodik des Anfangsunterrichts verdanken. Der Besuch von Anstalten kann immer noch den Hilfsschulpädagogen nur auf das wärmste empfohlen werden, denn durch die Betrachtung der schärfer ausgeprägten Züge des Schwachsinns höherer Grade schärft er seinen Blick wesentlich für die Erkennung der leichteren Schwachsinnsformen, mit denen er es zu tun hat. (Nebenbei erwähnt sei hier als Vorteil für die Entwicklung der Hilfsschulen gegenüber den Anstalten, daß jene sämtlich kommunale Veranstaltungen, also gleichen Ursprungs sind und daher z. B. der Streit über die zur Leitung Berufenen sie fast gar nicht berührte.)

Im Gegensatz zu dem oben Gesagten erwarb jedoch bereits wenige Jahre nach der Gründung der ersten Hilfsschulen ihr offensichtlich von Erfolg begleitetes Wirken ihnen auch zahlreiche entschiedene Freunde. So sind die Hilfsschulen vor allem stets von dem Wohlwollen, der Anerkennung und Opferwilligkeit der städtischen Behörden getragen worden. Schon 1893 wurden sie vom thüringischen Städtetag, 1900 vom brandenburgischen Städtetage nach eingehenden Referaten und Beratungen warm empfohlen. Namentlich die Stellungnahme des letzteren ist bemerkenswert, da man in Berlin bis 1898 noch keinerlei Hilfsschuleinrichtungen geschaffen hatte sowohl infolge der Gegnerschaft des damaligen Stadtschulrats Geheimrat Dr. Bertram, der in der Hilfsschule bloß einen pädagogischen Sport erblickte, als auch des Berliner Lehrervereins. Dieser erklärte im Gegensatz z. B. zu der deutschen Lehrerversammlung, die sich schon 1887 für besondere Schulen für Schwachbefähigte entschieden hatte, noch am 29. Oktober 1897 im Anschluß an einen Vortrag des Rektors Hintz, daß er als Mittelglied zwischen der Anstalt und Normalschule nur Nebenklassen zum Zwecke vorübergehender Nachhilfe und mit dem Endergebnis einer Rückversetzung in die Normalschule oder der Verweisung in eine Anstalt zulassen könne. Im Herbst 1898 gründete man in Berlin die ersten Nebenklassen, 22 an der Zahl, sämtlich im Anschluß an Volksschulen. Die weitere

Entwicklung dieser Klassen ist für die ganze Hilfsschulbewegung von gewisser Bedeutung gewesen, indem man in Berlin, nachdem in anderen Orten 20 Jahre lang bereits reiche Erfahrung in der Hilfsschularbeit gesammelt worden war, unter Benutzung dieser noch einmal von denselben Gesichtspunkten ausging, wie es zu Beginn der Hilfsschulbewegung geschah. Die betreffenden Kinder blieben in manchen Fächern mit den normal Begabten zusammen, erhielten in den Hauptfächern 12 Stunden wöchentlich Nachhilfeunterricht und sollten so nach einiger Zeit durchweg für den gesamten Unterricht in der Normalschule befähigt werden und in diese zurückversetzt werden können. Aber man machte auch hier trotz wesentlich günstigerer Verhältnisse wieder dieselbe Erfahrung wie früher an anderen Orten. Nur verhältnismäßig recht wenige Kinder konnten zurückversetzt werden, und schon nach einem halben Jahre sah man die Notwendigkeit einer dauernd gesonderten Unterweisung in aufsteigenden Klassen für viele der in Frage stehenden Kinder ein. Es war damit nochmals eine schwerwiegende Bestätigung der Notwendigkeit der Hilfsschulen als besonderer Schulen mit aufsteigenden Klassen gegeben. 1900 bestanden in Berlin bereits 58 sogenannte Nebenklassen, darunter nur 14 einklassige, dagegen 15 zweiklassige, 3 dreiklassige Systeme und 1 fünfklassiges System. 1903 bestanden 91 Nebenklassen mit 1303 Kindern, von denen nur 75 zurückversetzt werden konnten. Im Schuljahr 1905/6 betrug die Zahl der Nebenklassen schon 113 mit 1848 Kindern. Von diesen Klassen waren aber nur 7 Einzelklassen, daneben bestanden 8 zweistufige, 7 dreistufige, 5 vierstufige, 5 fünfstufige und 4 sechsstufige Systeme. Ostern 1906 stieg die Zahl der Klassen auf 125. Den Bemühungen des für die Hilfsschulen außerordentlich interessierten Stadtschulrats Dr. Gerstenberg, durch dessen plötzlichen Tod die Hilfsschulbewegung in Berlin einen schweren Verlust erlitten hat, gelang es endlich, im laufenden Schuljahre 8 Hilfsschulen im eigentlichen Sinne mit je 6 aufsteigenden Klassen und gesonderter Leitung ins Leben zu rufen.

Besonders hervorgehoben werden muß der Umstand, daß das preußische Kultusministerium und eigentlich die obersten Unterrichtsbehörden aller deutschen Staaten die Hilfsschulbewegung von vornherein als durchaus gesund und berechtigt anerkannten und sie sich völlig frei entwickeln ließen in der Erkenntnis, daß auf diesem Gebiete vor allem die Erfahrung Lehrmeisterin sein müsse, erst aus dieser heraus im Laufe der Zeit allgemeine Grundsätze sich entwickeln dürften und alles von vornherein einsetzende Reglemen-

tieren nur vom Übel sein könne. Das preußische Kultusministerium hat sein Interesse mehrfach durch statistische Erhebungen über die in Preußen bestehenden Hifsschulen und durch das Hilfsschulwesen betreffende Erlasse bekundet. Zuerst wurde durch Erlaß vom 14. November 1892 der damals in der pädagogischen Presse vielfach geäußerten Meinung entgegengetreten, daß in das einige Zeit vorher ausgesprochene Verbot der sog. Abschlußklassen auch die Hilfsschulen mit einbegriffen seien, vorausgesetzt, daß die Auswahl der Hilfsschulzöglinge durch eine zuverlässige Prüfung unter ärztlicher Beteiligung erfolge. Zugleich wurde den königlichen Regierungen eine statistische Erhebung bezüglich der Hilfsschulen ihres Bezirks aufgegeben. — Unter dem 16. Juni 1894 und dem 28. August 1896 erfolgten in Verbindung mit den Ergebnissen je einer statistischen Erhebung Erlasse, die in anerkennenden Worten auf das in den Hilfsschulen bisher Erreichte und auf die von den Städten in dieser Angelegenheit bewiesene Opferwilligkeit hinwiesen. Weitere statistische Erhebungen wurden in den Jahren 1900 und 1903 vom Ministerium veranlaßt. Die Ergebnisse der ersteren wurden durch Erlaß vom 6. April 1901 bekannt gegeben. In diesem Erlasse wurde dem bestimmten Wunsche Ausdruck gegeben, daß in Zukunft keine Hilfsschule ohne ärztlichen Beirat sein möge, ferner eine Zurückversetzung älterer Hilfsschulzöglinge in untere Normalschulklassen untersagt und von neuem den Regierungen die Förderung des Hilfsschulwesens dringend empfohlen. An die Veröffentlichung der Ergebnisse der letzten Statistik knüpfte sich ein sehr umfänglicher Erlaß vom 2. Januar 1905, der alle in der Hilfsschule zu beobachtenden und ihr eigentümlichen Maßnahmen von Bedeutung zusammenstellte und in allem völlige Übereinstimmung mit dem bekundete, was sich bisher in der Hilfsschulpraxis an allgemein anerkannten Erfahrungstatsachen ergeben hatte.

Ostern 1898 schlossen sich die Vertreter der Hilfsschulen auf einer von den Lehrerkollegien der Hilfsschulen Bremen, Braunschweig und Hannover vorbereiteten Versammlung in Hannover zu einem Verbande der Hilfsschulen Deutschlands zusammen, der alle zwei Jahre einen Verbandstag abhält. Bisher fanden fünf Verbandstage statt: 1898 in Hannover, 1899 in Cassel, 1901 in Augsburg, 1903 in Mainz und 1905 in Bremen. Über jeden hat der Vorstand des Verbandes (1. Vorsitzender Stadtschulrat Dr. Wehrhahn-Hannover) einen eingehenden Bericht herausgegeben. Der 6. Verbandstag wird Ostern 1907 in Charlottenburg tagen. In den $8^1/_2$ Jahren des Bestehens des Verbandes ist die Zahl seiner Mitglieder von 70 auf

über 700 gestiegen. Es gehören ihm auch Vertreter von Schul- und Verwaltungsbehörden, Geistliche und Ärzte sowie eine Anzahl von Behörden und Magistraten an. Der Verband hat sicherlich nicht unwesentlich zu dem außerordentlichen Aufschwunge des Hilfsschulwesens in den letzten Jahren beigetragen. Einerseits wurde durch die Verbandstage Gelegenheit gegeben, in weiterem Kreise die gemachten Erfahrungen auszutauschen, an denen anderer zu ergänzen und zu berichtigen und so allgemein anerkannte Grundsätze für die Hilfsschularbeit und Einrichtung zu schaffen. Andererseits aber wurden durch die Verbandstage und die darüber erschienenen Berichte weitere Kreise auf das Hilfsschulwesen und auf das, was in verschiedenen Städten in dieser Sache bereits getan und erreicht war, aufmerksam gemacht und zur Nachahmung angeregt.

Nachdem dann weiter in dichter bevölkerten Gegenden mehrere Hilfsschulen in nicht sehr weiter Entfernung oder gar in derselben Stadt entstanden waren, haben sich neben dem ganz Deutschland umfassenden Verbande auch noch verschiedene Hilfsschulvereinigungen in einzelnen Landesteilen und großen Städten gebildet, zum Teil mit dem Spezialzweck der Fürsorge für die Hilfsschulzöglinge außerhalb der Schule und nach der Schulzeit. Die Vereinigungen letzterer Art suchen auch weitere Kreise zu interessieren und zur Mitwirkung heranzuziehen, da ihre Aufgabe nur mit ziemlich umfänglichen Hilfsmitteln zu lösen ist. Unter ihnen verdient wegen der Reichhaltigkeit seiner Organisation, seiner Ziele und Leistungen der „Erziehungs- u. Fürsorgeverein für geistig zurückgebliebene (schwachsinnige) Kinder in Berlin“ hervorgehoben zu werden. Vorsitzender ist der um die Förderung der Hilfsschulsache in Berlin überhaupt sehr verdiente Stadtschulinspektor Dr. von Gizycki. Außerdem bestehen Hilfsschulvereinigungen im Königreich Sachsen, für Thüringen und Provinz Sachsen, in Westfalen, für das Großherzogtum Hessen und den Bezirk Wiesbaden, sowie in den Städten Breslau, Hamburg, Königsberg, Leipzig, Hannover.

Während Literatur über das Hilfsschulwesen begreiflicherweise zuerst nur recht spärlich erschien, ist sie in den letzten Jahren infolge der raschen Zunahme der Hilfsschulen bei ziemlich gleichmäßiger Beteiligung von Medizin und Pädagogik bereits zu stattlicher Fülle angewachsen und bietet für fast alle Fragen reichliche Belehrung, wie das die im Anschluß an den 5. Verbandstag von der Zentrallehrerbibliothek Hannover und im Anschluß an den Kursus für medizinische Psychologie in Gießen von Professor Dr. Sommer veranstalteten Literaturausstellungen bewiesen. Neben kürze-

ren Zusammenstellungen einschlägiger Literatur in verschiedenen Arbeiten über das Hilfsschulwesen sind umfassendere geboten worden im Handbuch für Schwachsinnigenfürsorge von Bösbauer-Miklas-Schiner (Seite 123—155) und im Bericht über den V. Hilfsschulverbandstag (Seite 156—171). Einen gegnerischen Standpunkt gegenüber der Hilfsschule haben in der Literatur eigentlich nur zwei Autoren vertreten: Rektor Hintz-Berlin in der Schrift: „Welche pädagogischen Maßnahmen eignen sich für den Unterricht und die Erziehung solcher Kinder, welche durch die Volksschule nicht genügend gefördert werden“, und Kreisschulinspektor Dr. Witte-Thorn in seiner Schrift: „Volksschule und Hilfsschule“. Ersterer ist in gewissem Sinne schon durch die Entwicklung der Dinge in Berlin widerlegt worden.

In Braunschweig, Altenburg, Baden und im Königreich Sachsen bestanden bereits längere Zeit gesetzliche Handhaben zu einer zwangsweise erfolgenden Überweisung von Kindern in eine Hilfsschule. Aber auch ohne solche schufen in Preußen angesichts der gefestigten Überzeugung von der Notwendigkeit der Hilfsschule verschiedene Stadtgemeinden unter Zustimmung der betreffenden Regierungen ein Hilfsschulstatut, durch das die Einwilligung der Eltern als Vorbedingung der Überführung eines Kindes in die Hilfsschule ausgeschaltet wurde. In neuerer Zeit ist die Stellung der Hilfsschule im staatlichen Gesamtschulorganismus jedoch auch in Preußen völlig durch zwei gerichtliche Entscheidungen in höchster Instanz klargestellt worden: Am 20. September 1904 entschied der VIII. Senat des Oberverwaltungsgerichts, daß die Hilfsschule als öffentliche Volksschule im Sinne des bestehenden Rechts anzusehen und daß die Ortsschulbehörde an die elterliche Weigerung bei der Überführung eines Kindes in die Hilfsschule nicht gebunden, vielmehr befugt sei, den regelmäßigen Besuch der Hilfsschule durch die derselben zugewiesenen Kinder zwangsweise durchzusetzen. (Siehe Märzheft 1905 des Zentralblatts für die gesamte Unterrichtsverwaltung, Seite 290.) — Auf die Klage eines Vaters, der mit der Weigerung, sein von der Stadtschulbehörde der Hilfsschule überwiesenes Kind in diese zu schicken, von Regierung und Ministerium abgewiesen war, hat in letzter Instanz der 1. Strafsenat des Königl. Kammergerichts in Berlin am 25. Januar 1906 unter ausführlicher Begründung entschieden, daß das betreffende Kind zum Besuch der Hilfsschule verpflichtet sei. (Siehe Maiheft 1906 des Zentralblattes für die gesamte Unterrichtsverwaltung, Seite 445 ff.) In Bayern ist durch Ministerialerlaß (Nr. 10 des Ministerialblattes für Kirchen-

und Schulangelegenheiten im Königreich Bayern vom 30. März 1906) verfügt worden, daß die Schulpflicht an und für sich auch für die bildungsunfähigen und bildungsbeschränkten Kinder besteht, die Erziehungsberechtigten aber die Aufnahme solcher Kinder in die allgemeine Volksschule nicht beanspruchen können, daß diese Kinder aber da, wo Hilfsschulen oder Hilfsklassen ihrer Konfession bestehen, in der Regel in diese zu verweisen sind.

Nachstehend sei nun noch eine kurze zahlenmäßige Darstellung der Entwicklung des Hilfsschulwesens in Deutschland geboten und zwar getrennt für Preußen und für das ganze Reich.

In Preußen bestanden im Jahre 1894 in 18 Städten 26 Hilfsschulen mit rund 700 Kindern, im Jahre 1896 in 25 Städten 38 Hilfsschulen mit 88 Klassen und 2017 Kindern, im Winter 1897/98 in 29 Städten 109 Klassen mit 2486 Kindern, im Sommer 1900 in 42 Städten 91 gesonderte Hilfsschuleinrichtungen mit 233 Klassen und 4728 Kindern, im Winter 1902/3 in 70 Städten 376 Klassen mit ca. 7500 Kindern, im Sommer 1903 in 76 Städten 143 Schuleinrichtungen mit 385 Klassen und 8207 Kindern, im Winter 1905 in 81 Städten rund 460 Klassen mit etwa 9000 Kindern und im Winter 1906/7 in 101 Städten 539 Hilfsschulklassen mit ziemlich genau 11 000 Kindern. Die Angaben für die Jahre 1894, 1896, 1900 und 1903 sind ministeriellen Statistiken bzw. Erlassen entnommen, die für 1897/8 einer sehr eingehenden von WINTERMANN aufgenommenen Hilfsschulstatistik — veröffentlicht als Heft III der Beiträge zur Kinderforschung, Verlag von Beyer & S., Langensalza — die für 1902/3 dem Berichte über den 4. Hilfsschulverbandstag, die für 1905 und 1906 dem Kalender für Lehrer und Lehrerinnen an Schulen und Anstalten für Geistesschwache, Verlag von Scheffer-Leipzig. (Auch der Bericht über den 3. Hilfsschulverbandstag im Jahre 1901 brachte auf Seite 137—168 eingehende statistische Mitteilungen und Tabellen.)

In ganz Deutschland bestanden im Jahre 1893/4 nach einer von KIELHORN aufgenommenen Statistik in 32 Städten 110 Hilfsschulklassen mit 2290 Kindern, im Winter 1897/8 nach WINTERMANN in 52 Städten 202 Klassen mit 4281 Kindern, im Winter 1900/1 in 90 Städten 389 Klassen mit rund 8000 Kindern (s. 3. Verbandstagsbericht), im Winter 1902/3 in 138 Städten rund 575 Klassen mit etwa 12000 Kindern (s. 4. Verbandstagsbericht), im Winter 1904/5 in 143 Städten 230 Schuleinrichtungen mit 700 Klassen und annähernd 15000 Kindern und im Winter 1905/6 in 162 Städten 260 Hilfsschuleinrichtungen mit 840 Klassen und 17000 Kindern (s. Kalender für Lehrer usw. Jahrgang 1905/6 und 1906/7).

Gegenwärtig bestehen Hilfsschuleinrichtungen meines Wissens in folgenden deutschen Städten:

Aachen
Altenburg
Altona
Annen in Westf.
Apolda
Arnstadt
Aschersleben
Augsburg

Barmen
Berlin
Bernburg
Beuthen
Bielefeld
Bochum
Bonn
Borna
Brandenburg a. d. H.
Braunschweig
Bremen
Bremerhaven
Breslau
Bromberg
Burg

Cassel
Castrop i. Westf.
Charlottenburg
Chemnitz
Coburg
Cöln
Cöpenick
Colmar
Cottbus
Crefeld

Danzig
Darmstadt
Dessau
Dortmund
Dresden
Dresden-Löbtau
Dresden-Cotta
Düsseldorf
Duisburg

Eberswalde
Eisenach
Eisleben
Elberfeld
Elbing
Emden
Erfurt
Essen

Flensburg
Forst (Lausitz)
Frankenberg i. S.
Frankenthal (Pfalz)
Frankfurt a. M.
Frankfurt a. d. O.
Freiberg i. S.
Freienwalde a. d. O.
Friedenau b. Berlin
Fürth

Gelsenkirchen
Gera
Gersdorf i. S.
Gießen
Glauchau
Görlitz
Göttingen
Gotha
Graudenz
Greiz
Grimma
Grünberg

Hagen
Halberstadt
Halle
Hamburg
Hameln
Hamm
Hanau
Hannover
Harburg
Herford
Hildesheim
Hirschberg
Hörde

Jena

Kaiserslautern
Kamenz
Karlsruhe
Kattowitz
Kiel
Kirchberg i. S.
Königsberg
Königshütte
Köslin
Krölpa b. Ranis

Langendreer
Lauenburg (Hinterpommern)
Lehe
Leipzig
Leipzig-Plagwitz
Leipzig-Gohlis
Lichtenberg b. Berlin
Linden b. Hannover
Loschwitz i. S.
Ludwigshafen a. Rh.
Lübeck

Lüdenscheid
Lüneburg
Lünen i. Westf.

Magdeburg
Mainz
Mannheim
Meerane
Meiningen
Meißen
Mühlhausen i. Th.
Mülhausen i. Els.
Mülheim a. d. Ruhr
Mülheim a. Rh.
München
Münster i. Ob.-El.

Netzschkau
Nordhausen
Nürnberg

Ölsnitz i. V.
Offenbach
Ohligs (Rhld.)
Olbernhau i. S.
Orb
Oschatz
Osnabrück

Peine
Pforzheim
Pirmasens
Plauen
Pösneck i. Th.
Posen
Potsdam

Quedlinburg

Rathenow
Reichenbach i. V.
Rixdorf
Rummelsburg b. Berlin

Saalfeld
Schöneberg b. Berlin
Schwelm
Steglitz
Stettin
Stolberg (Rhld.)
Stolp
Strasburg (Bezirk Potsdam)
Straßburg i. Els.
Stuttgart

Tharand
Tilsit
Trier

Ulm
Unna

Waldheim i. S.
Waltershausen
Wandsbeck
Wasungen a. d. Werra
Weimar
Weißenfels
Werdau i. S.
Werne b. Langendreer
Wiesbaden
Wilkau b. Zwickau
Wilmersdorf b. Berlin
Witten
Worms

Zehlendorf b. Berlin
Zeitz
Zittau
Zwickau

Das sind im ganzen 176 Städte. Unter den deutschen Städten von 100000 Einwohnern an ist gegenwärtig keine einzige mehr ganz ohne Hilfsschuleinrichtungen irgendwelcher Art. Unter den Städten mit 50000—100000 Einwohnern besitzen 34 Hilfsschulen und nur 13 nicht; unter denen mit 25000—50000 Einwohnern haben 48 Hilfsschulen eingerichtet, 49 nicht. Aber auch unter den zahlreichen Orten mit weniger als 25000 Einwohnern haben nicht wenige, nämlich 45, besondere unterrichtliche Veranstaltungen für die geistig geschwächten Kinder geschaffen. Ein großer Teil dieser Schulen besteht schon längere Jahre, zweifellos ein Beweis dafür, daß auch in Orten von solcher Größe die Einrichtung einer Hilfsschule sich empfiehlt.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Mineral-Stoffwechsels der Idioten.

Von

Oberarzt Dr. **J. Hoppe.**

(Aus dem chemischen Laboratorium der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. Direktor: Professor Dr. ALT.)

Mit 4 Kurven.

Wenn man gegenüber einer Krankheit, bei welcher die bisher angewandten medizinischen Mittel im allgemeinen erfolglos geblieben sind, den Mut nicht ganz sinken läßt und immer wieder auf neue Wege sinnt und neue Gesichtspunkte sucht, um der anscheinend unheilbaren Krankheit beizukommen, so gehört dazu nicht nur ein sog. therapeutischer Optimismus, sondern vor allem auch eine durchaus nicht zu unterschätzende Beharrlichkeit und Arbeitskraft, die sich weder durch billige Spötteleien noch durch den Umstand abschrecken läßt, daß jahrelange Arbeit oft ohne jeden sichtbaren Erfolg bleibt. Als solche, im medizinisch-therapeutischen Sinne höchst undankbare Krankheit galt bisher die Idiotie. Die übliche Prognose lautet etwa derart: Heilung so gut wie ausgeschlossen, eine relative Besserung in so und soviel Prozent der Fälle möglich. Für die angeborenen Idioten wird man im allgemeinen, wenn von den Myxödematösen und der prophylaktischen Behandlung der Eltern abgesehen wird, diese ungünstige Prognose zugeben müssen. Anders aber verhalten sich die Kranken, bei denen sich der geistige Schwächezustand erst nach der Geburt entwickelte, insbesondere wenn anderweitige schwere körperliche Erkrankungen vorliegen, die sich therapeutisch günstig beeinflussen lassen. Diese Fälle der erworbenen Idiotie sind gar nicht so selten, wie man bisher annahm. Nach einer

Statistik, die im Auftrage von Prof. Dr. Alt, Dr. Heyn[1]) hier aufgestellt hat, stehen 50—60 % anscheinend angeborener Idiotie etwa 40—50 % erworbenen Blödsinns entgegen. Die Zahl der Fälle angeborener Idiotie wird wahrscheinlich noch geringer, wenn erst die Angaben der Ärzte in den Fragebogen genauer werden. Unter den Ursachen der erworbenen Idiotie findet man sehr häufig Infektionskrankheiten, sowie Krämpfe des frühesten Kindesalters. Die Erfolge, welche die bakteriologische Chemie bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten aufzuweisen hat, berechtigt zu der Hoffnung, daß es nach weiterer Arbeit auch gelingen wird, die Schädigungen, welche die Infektionskrankheiten oft für das Nervensystem mit sich bringen, zu vermeiden oder mit Erfolg zu beseitigen. Die Erfahrung, die wir bei der Behandlung der Epileptiker hier wiederholt gemacht haben, daß sich der geistige Schwächezustand bessert, und bisweilen sogar völlige restitutio in integrum eintritt, wenn es gelingt, die epileptischen Erscheinungen erfolgreich zu bekämpfen, läßt es ebenso sehr wohl möglich erscheinen, daß viele blöde Kinder, die ehedem an Zahn- oder inneren Krämpfen gelitten haben, gebessert werden können, wenn sie rechtzeitig in sachverständige Behandlung kommen. Auffallend oft, etwa in der Hälfte aller Fälle, findet sich in der Heyn'schen Statistik Idiotie vergesellschaftet mit Rachitis. Aus diesem häufigen Zusammentreffen beider Krankheiten wird jeder Unbefangene zunächst auf irgend einen ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Störungen schließen wollen. Die vielfach vertretene Behauptung, daß Rachitis Krämpfe und infolge gestörten Schädelwachstums die Störung der geistigen Entwicklung bedinge, mag übertrieben sein, aber die Möglichkeit, daß dasselbe ätiologische Moment, welches so tiefe, konstitutionelle Schädigungen im Knochengewebe hervorruft, in ähnlicher Weise auch das Nervengewebe beeinflußt, muß auch der größte Skeptiker zugeben. Werden wir uns daher erst über die Ursachen der Rachitis klar, so ist auch Aussicht vorhanden, daß wir die schädigenden Faktoren für das Nervengewebe kennen und bekämpfen lernen. Man war bis vor kurzer Zeit gewohnt, den anorganischen Nahrungsbestandteilen wenig Beachtung zu schenken. Weil sie nicht wie Eiweiße, Fette und Kohlehydrate die Quelle lebendiger Kraft sein konnten, sollten sie für das animalische Wesen verhältnismäßig bedeutungslos sein. Erst die neuere Physiologie hat uns gezeigt, wieviel zäher und energischer als am Eiweiß und Fettbestand

[1]) Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1906. Nr. 19.

der Körper an seinen Mineralbestandteilen festhält und wie wichtig gerade für das Wachsen und Vermehren der Zellen des werdenden Organismus das gegenseitige Verhältnis der einzelnen Ionen der anorganischen Verbindungen ist. Unbefruchtete Eier der Aneliden entwickeln sich im Seewasser weiter, wenn man ganz bestimmte Mengen von K hineintut; sie entwickeln sich nicht, wenn die K-Salze in anderen Mengen oder gar nicht darin enthalten sind. Ein Analogon findet dieses absolute Abhängigkeitsverhältnis vitaler Äußerungen vom physikalisch-chemischen Substrat in vielen anderen Vorgängen der Organismen. So lehrt uns z. B. die Bakteriologie, daß das Wachsen vieler Bakterienstämme direkt von der chemischen Beschaffenheit des Nährbodens abhängt, so lehrt uns auch die Ernährungsphysiologie, daß das Wirken der einzelnen Verdauungsfermente durchaus bedingt ist durch physikalisch-chemische Eigenschaften des dargebotenen, zu verarbeitenden Materials. Pepsin z. B. ist nur in sauren Lösungen wirksam, Trypsin nur in schwach alkalischen; für das Ferment der Darmdrüsen muß der Nährboden bereits einen bestimmten Alkaleszenzgrad haben. Die ganzen Verdauungsvorgänge im Dünndarm spielen sich bspw. in ganz abnormer Weise ab, wenn der Nährboden (wie bisweilen durch Säure bildende Bakterien) weniger alkalisch oder gar sauer wird.

Bei der Rachitis handelt es sich vom pathologisch-chemischen Standpunkte um eine Störung des Ca- und P-Stoffwechsels, die gleichen Störungen finden wir bei vielen Idioten, in ausgesprochener Weise bei den Kretinen und Myxödemkranken. Über die Ursache der Rachitis sind die Ansichten noch vielfach geteilt. Die früher vertretene Anschauung, daß die Kinder, welche künstlich — mit Kuhmilch — ernährt werden, infolge der Ca- und P-armen Nahrung häufiger Rachitis bekämen, ist fallen gelassen, seitdem bekannt ist, daß diesen Kindern in der Nahrung etwa viermal soviel P und Ca geboten wird als den natürlich — mit Muttermilch — ernährten Säuglingen. Ob es sich nun bei der Rachitis um eine Störung der Darmzellen handelt, die vielleicht infolge ständiger Reize mehr Ca und P ausscheiden als es normalerweise der Fall ist oder ob die Knochenzellen die Fähigkeit verloren haben, die ihnen dargebotenen Kalk- und Phosphorverbindungen zu assimilieren, mag dahingestellt sein, die Tatsache steht sicher fest, daß die Knochen der Rachitiker (und ebenso vieler Idioten) zu wenig Ca und Phosphor enthalten und daß gleichzeitig bei diesen Kranken durch den Darm mehr Ca und P ausgeschieden wird als bei gesunden Kindern. Vom praktischen Standpunkt handelt es sich daher um die Frage, finden wir

trotz dieser Verhältnisse Mittel und Wege bei den kranken Kindern einen P- und Ca-Ansatz zu erzielen? Mit dieser Frage, einer der wichtigsten der Ernährungshygiene des Säuglingsalters, haben sich vornehmlich die Kinderärzte beschäftigt. Man hat durch reichliche Beibringung von Phosphorpräparaten (Lecithin, Sanatogen) einen solchen Ansatz erzielen wollen, man hat durch Organpräparate (Stötzner) einzuwirken versucht, allein die Resultate sind, wie das überaus häufige Vorkommen der Rachitis besonders in den Großstädten beweist, bisher wenig befriedigend gewesen. Eine der Hauptschwierigkeiten liegt darin, daß Ca und P, welche in einem gewissen Antagonismus stehen, sich gegenseitig in der Resorption stören und daß es deshalb sehr schwer wird, Ca und P gleichzeitig zum Ansatz zu bringen. Gelingt es jedoch, zunächst P zur Resorption zu bringen, so scheint der im Blut kreisende P die Fähigkeit zu haben, die Ca-Verbindungen an sich zu ziehen und es findet dann auch ein Kalkansatz statt.

Bei den Untersuchungen, die 1898/9 im hiesigen Laboratorium angestellt wurden,[1]) fiel damals schon der eigenartige Einfluß auf, den das Thyreoidin auf die Resorption der phosphorhaltigen Verbindungen ausübte. Während die Aufnahme der Eiweiße, Fette und Kohlehydrate unter Thyreoidindarreichung sich nur unwesentlich änderte, stieg die Aufnahmefähigkeit des Darms für die phosphorhaltigen Verbindungen in sehr erheblicher Weise, gleichzeitig trat eine wesentliche erhöhte P_2O_5-Ausfuhr durch den Urin ein. Dieses Verhalten des Thyreoidin ist späterhin im hiesigen Laboratorium weiter verfolgt worden. In die Untersuchung wurde auch das Verhalten der Ca-Salze hineingezogen. Es konnte festgestellt werden, daß zunächst die P-Verbindungen bei Thyreoidin erheblich besser resorbiert wurden, dann nach einiger Zeit trat auch eine wesentlich bessere Aufnahme der Ca-Salze ein. Von dieser Zeit ab machte sich auch das Wachstum der Knochen deutlich bemerkbar.

Das Verhalten des Thyreoidin gegenüber den P- und Ca-Verbindungen wird vielleicht am besten durch Kurve I deutlich gemacht.

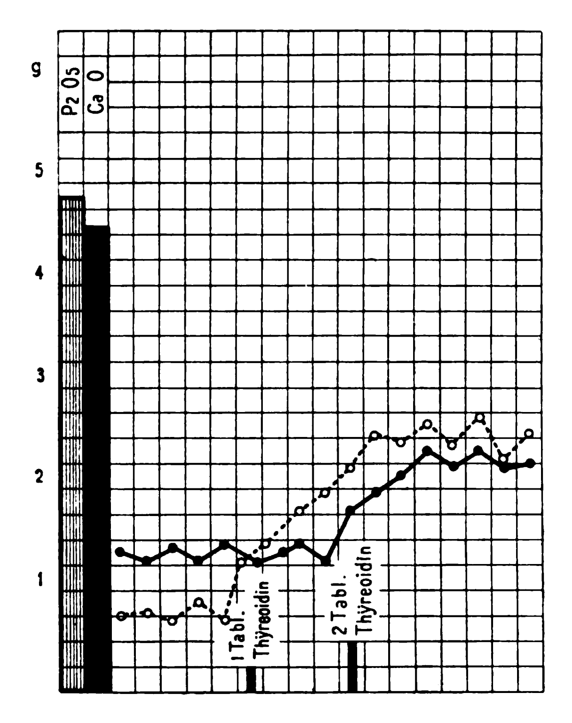
Der außerordentlich günstige Einfluß, den die Thyreoidindarreichung bei Myxödematösen hatte, legte den Gedanken nahe, es auch bei den anderen Formen der geistig und körperlich zurückgebliebenen Entwicklung anzuwenden, insbesondere dort, wo ebenfalls tiefgreifende Störungen im Knochenwachstum vorlagen, so insbesondere bei den sog. Kretinen. Die Wirkung war hier eine

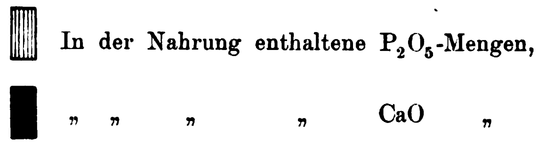
[1]) Froehner u. Hoppe, Psychiatr. Wochenschr., Jahrg. I, Nr. 35, 36.

wesentlich geringere als beim reinen Myxödem. Den Einfluß des Thyreoidins auf die P- und Ca-Aufnahme zeigt Kurve II.

Kurve I.

P_2O_2 und CaO-Aufnahme bei Myxidioten unter dem Einfluß von Thyreoidin.





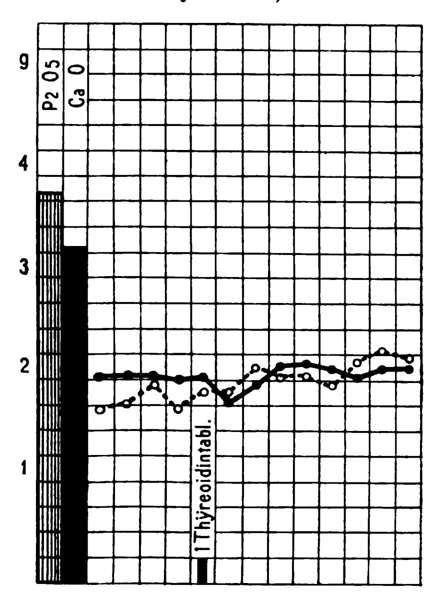
(Vom Darm) aufgenommene P_2O_5-Mengen,

" " " CaO "

Wie aus der Kurve hervorgeht, stieg auch hier die Aufnahmefähigkeit zunächst für die P_2O_5, sodann für CaO, jedoch in wesentlich geringerem Grade, auch konnte ein Einfluß auf das Knochenwachstum hier nicht festgestellt werden.

Zeigen Myxödem sowie Kretinismus eine sichtlich verminderte Resorptionsfähigkeit gegenüber den P- und Ca-Verbindungen, die viel Ähnlichkeit mit den Störungen der Rachitis hat, so zeigt eine zweite Form der Idiotie, die neuerdings Gegenstand lebhaften Interesses war, ein hiervon völlig abweisendes Verhalten. Die so-

Kurve II.
P_2O_5 und CaO-Aufnahme bei Kretinen.
(Von der fünften Woche ab 1 Tablette Thyreoidin.)



genannte Mongoloiden, die in ihrer Gestalt und ihrem Wachstum sich wesentlich von den kretinösen aber auch wesentlich von gesunden Kindern unterscheiden, zeigen in bezug auf Ca-, P- und auch N-Stoffwechsel durchaus keine Abweichung von dem normalen Typus. (Vgl. Kurve III.)

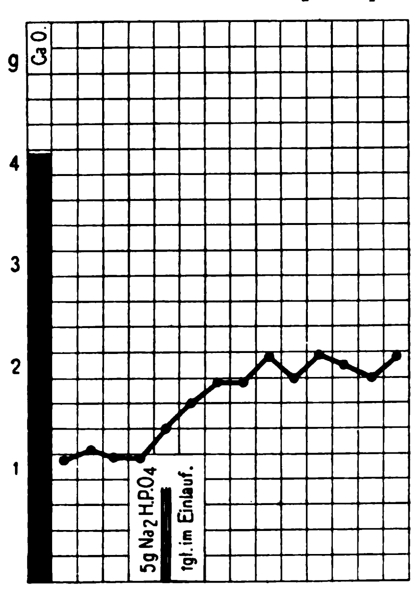
Da der Einfluß des Thyreoidins auf die Kretinen[1]) ein relativ geringer war, da ferner Thyreoidin bei Rachitikern mit normaler Schilddrüse nicht längere Zeit angewandt werden kann, wurde an andere Möglichkeiten gedacht, den im Knochenwachstum Zurückgebliebenen zum P- und Ca-Ansatz zu verhelfen. Die Verabreichung von P- und Ca-reicher Nahrung blieb ohne sichtbaren Erfolg, wahr-

[1]) Vgl. auch W. SCHOLZ, Über den Stoffwechsel der Kretinen. Zeitschr. für experiment. Pathologie 1905. S. 271.

scheinlich aus dem vorher erwähnten Grunde, daß beide Körper sich im Dünndarm gegenseitig in der Resorption hemmen. So lag denn der Gedanke nahe, eine kalkreiche (vegetabile) Nahrung per os, die P_2O_5-Mengen hauptsächlich aber per rectum zuzuführen. Einem myxödematösen Individium wurde, nachdem sein Stoffwechsel festgestellt war, täglich 1 Einlauf mit 5g Na_2HPO_4 gemacht. Da infolge dieses Einlaufes die P-Bestimmungen im Kot wenig Wert hatten, wurde nur die ausgeschiedene Ca-Menge bestimmt. Es stellte sich dabei heraus, daß es auf diese Weise gelang, wie Kurve IV zeigt, auch Ca zur Resorption zu bringen.

Kurve III.
P_2O_5 und CaO-Aufnahme bei mongoloiden Idioten.

Kurve IV.
CaO-Aufnahme unter dem Einfluß von Einläufen mit Na_2HPO_4.



Gleichzeitig stieg die P_2O_5-Ausfuhr im Urin erheblich. Auch das Aussehen des Myxödemkranken wurde ein wesentlich anderes. Ob diese Art der P-Zufuhr praktische Erfolge zeitigen wird, ob insbesondere ein erhöhtes Knochenwachstum eintreten wird, können nur jahrelange Beobachtungen erweisen. Die bisher angestellten Untersuchungen und Beobachtungen lassen die Möglichkeit sehr wohl zu, dabei schließt diese Art der Ernährung die zu befürchtenden Schäden einer zuweilen unberechenbaren Organtherapie aus.

Die forensische Behandlung der Jugendlichen.

Von

Landgerichtsrat **Kulemann**-Bremen.

(Vortrag, gehalten auf dem Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge, 1.—4. Oktober 1906 zu Berlin.)

I.

Die Formulierung des Themas seitens der Kongreßleitung hat die Grenzen weiter gezogen, als ich sie auszufüllen gedenke. Nach ihr würden alle diejenigen Verhältnisse zu erörtern sein, in denen jugendliche Personen bei Ausübung der richterlichen Tätigkeit anders zu behandeln sind als Erwachsene. Das geschieht zunächst auf dem Gebiete des gesamten Zivilrechts, insofern die Handlungsfähigkeit durch das Lebensalter bestimmt ist. Aber auch im Staats- und Kirchenrecht ist die Geltendmachung der den Staat- und Kirchenangehörigen zustehenden Rechte an gewisse Altersstufen geknüpft. Endlich ist das Vormundschaftswesen einschließlich der Vorschriften über Zwangs- und Fürsorgeerziehung die eigentliche Domäne der Behandlung unerwachsener Personen. Mit allen diesen Gebieten gedenke ich nicht mich zu beschäftigen, denn teils ist auf ihnen das Bedürfnis eingehender Reformen bisher nicht hervorgetreten, teils werden sie von anderen Rednern behandelt werden. Ich werde vielmehr meine Ausführungen auf die Fragen beschränken, die durch Verletzung der Strafgesetze seitens jugendlicher Personen gegeben werden.

II.

Sondervorschriften für Jugendliche finden sich sowohl im Strafgesetzbuche wie in der Strafprozeßordnung. Sehen wir ab von solchen untergeordneter Bedeutung, so bestehen sie in folgenden Bestimmungen:

I. Personen unter 12 Jahren (Kinder) entfallen überhaupt aus dem Rahmen der kriminellen Bestrafung.

II. Bei Personen zwischen 12 und 18 Jahren (Jugendlichen) hat das Gericht zunächst zu prüfen, ob sie die zur Erkenntnis der Strafbarkeit ihrer Handlung erforderliche Einsicht besessen haben. Wird diese Frage verneint, so ist ein strafrechtliches Verfahren auszuschließen, es kann aber auf Unterbringung in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt bis zum vollendeten 20. Lebensjahre erkannt werden. Die näheren Bestimmungen sind in den einzelstaatlichen Gesetzen über Fürsorgeerziehung getroffen. Wird dagegen die Frage der Einsichtsfähigkeit bejaht, so greifen freilich die allgemeinen Vorschriften des materiellen und formalen Strafrechts Platz, jedoch mit folgenden Abweichungen:

1. An Stelle der Todesstrafe und lebenslänglichen Zuchthausstrafe bzw. Festungshaft tritt Gefängnisstrafe bzw. Festungshaft von 3—15 Jahren.
2. Alle Strafen sind in dem Rahmen zwischen dem gesetzlichen Mindestbetrage und der Hälfte des Höchstbetrages der angedrohten Strafe zu bestimmen. Auf Zuchthaus darf überhaupt nicht erkannt werden, an seine Stelle tritt Gefängnis von gleicher Dauer. Ebensowenig ist die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte und die Stellung unter Polizeiaufsicht zulässig.
3. In leichten Fällen kann auf Verweis erkannt werden.
4. Personen unter 16 Jahren ist im landgerichtlichen Verfahren ein Verteidiger zu bestellen.
5. Die Vollstreckung von Freiheitsstrafen gegen jugendliche Personen hat in besonderen Anstalten oder Räumen zu geschehen.

III.

Wenden wir uns zur Kritik dieser Vorschriften, so ist zunächst zu prüfen, ob der Begriff der Jugendlichen richtig bestimmt, ob insbesondere die Grenze nach oben und unten zu-

treffend gezogen ist. Dazu muß in erster Linie das principium divisionis, d. h. der prinzipielle Gesichtspunkt aufgesucht werden, den man hierbei zugrunde zu legen hat.

Der Ausgangspunkt des geltenden Strafrechts tritt deutlich hervor in der bereits bezeichneten Vorschrift, daß bei Personen zwischen 12 und 18 Jahren die Verhängung einer Strafe davon abhängig ist, ob sie die zur Erkenntnis der Strafbarkeit ihrer Handlung erforderliche Einsicht besessen haben. Man ist ziemlich allgemein darüber einig, daß er zu verwerfen ist. Die Fälle, in denen auf Grund dieser Vorschrift eine Ablehnung des Verfahrens, bzw. eine Freisprechung erfolgt, sind äußerst selten. Wenn aber in der Literatur häufig gegen die Gerichte der Vorwurf erhoben wird, daß sie ihre Feststellung der Einsichtsfähigkeit ohne ausreichende Sachprüfung, insbesondere ohne Zuziehung medizinischer und pädagogischer Sachverständiger träfen, so wendet man sich an die unrichtige Adresse. Eine Person zwischen 12 und 18 Jahren weiß in der Tat fast immer, daß eine gegen das Strafgesetzbuch verstoßende Handlung unerlaubt und strafbar ist, ja dieses Verständnis werden in der Regel wesentlich jüngere Kinder besitzen, und deshalb kann das Gericht bei Entscheidung dieser Fragen meistens die Hilfe von Sachverständigen entbehren. Aber es ist eben falsch, sie zu stellen und von ihrer Beantwortung die Bestrafung abhängig zu machen. Einsicht in die Strafbarkeit einer Handlung ist ein rein intellektualistisches Moment. Von ihm den Ausgangspunkt zu nehmen, ist nicht minder verfehlt, als wenn man überhaupt das Wesen des Menschen ausschließlich im Intellekt sehen wollte. Wenn Sokrates die Ansicht, daß Tugend lehrbar sei, darauf begründete, daß doch niemand mit Bewußtsein etwas als verkehrt Erkanntes tun werde, so hat Schopenhauer mit Recht darauf hingewiesen, daß neben der Erkenntnis auch der Wille in Betracht komme und daß viele Menschen Unrecht täten, obgleich sie es als solches erkännten, weil ihr Wille zu schwach sei, um der an sie herantretenden Versuchung zu widerstehen. Unser Strafgesetzbuch steht auf dem unrichtigen einseitig intellektualistischen Standpunkte des Sokrates; sein Fehler besteht darin, daß es auf das Willensmoment keine Rücksicht nimmt. Wollen wir ihn vermeiden, so ist das mindeste, was wir tun müssen, daß wir die bezeichnete Beschränkung fallen lassen und an Stelle der Einsichtsfähigkeit den allgemeinen Begriff der geistigen Reife setzen. Als Jugendliche wären dann solche Personen zu behandeln, deren geistige Entwicklung soweit fortgeschritten ist, daß man sie freilich als zurechnungs-

fähig ansehen muß, aber nicht weit genug, um die gegen Erwachsene zulässigen Maßregeln zu rechtfertigen.

Aber man wird noch einen weiteren Schritt tun müssen. Wille wie Intellekt sind Eigenschaften einer bestimmten Person, sie hängen ab von der natürlichen Veranlagung und späteren Entwicklung, sie sind deshalb, kurz gesagt, Momente anthropologischer Natur. Es erscheint richtiger, sie durch solche pädagogischer Art zu ersetzen. Ich will versuchen, näher zu erläutern, was ich darunter verstehe.

Das Strafrecht hat es mit zwei Dingen zu tun, nämlich einerseits der Straftat, andererseits der Reaktion gegen dieselbe durch staatliche Maßregeln. Bei der Straftat wiederum kommt in Betracht neben der objektiven auch die subjektive Seite, d. h. die in der Person des Täters liegenden Umstände. Das heutige Strafgesetzbuch bestimmt nun den Begriff der Jugendlichen lediglich nach diesem subjektiven Tatbestande, soweit er in der natürlichen Entwicklung begründet ist, also nach anthropologischen Momenten. Dieser Ausgangspunkt würde auch dann bestehen bleiben, wenn wir den engeren Begriff der Einsichtsfähigkeit durch den weiteren der geistigen Reife ersetzten. Mein Vorschlag geht nun dahin, ihn aufzugeben und an seine Stelle treten zu lassen die Art der staatlichen Reaktion, also nicht, wie bisher, zu argumentieren: „Gewisse Personen gehören auf Grund ihres Alters zu den Jugendlichen: deshalb werden sie einer abweichenden Behandlung unterworfen“, sondern vielmehr: „Gewisse Personen erfordern mit Rücksicht auf ihr Alter eine abweichende Behandlung: deshalb bezeichnen wir sie als Jugendliche.“ Damit soll gesagt sein, daß das Unterscheidungsmoment zwischen Jugendlichen und Erwachsenen nur mittelbar in ihrem Lebensalter, unmittelbar aber darin zu finden ist, daß bei ihnen die für Erwachsene vorgeschriebene Art staatlicher Reaktion gegen das begangene Unrecht nicht angemessen erscheint.

Als solche Reaktionen kommen in Frage: Erziehung, Bestrafung und Unschädlichmachung. Die letztere ist angezeigt gegenüber Personen, die als anormal bezeichnet werden müssen, indem weder Erziehung noch Strafe Aussicht auf den beabsichtigten Erfolg der Besserung bietet. Dahin gehören einerseits Geisteskranke oder Geistesschwache, andererseits die sogenannten Unverbesserlichen, bei denen es nahe liegt, ebenfalls einen natürlichen geistigen Defekt anzunehmen. Alle diese Personen entfallen aus dem Rahmen unserer Erörterung.

Hiernach verbleiben nur noch Erziehung und Bestrafung. Beide sind keine absoluten, sondern nur relative Gegensätze, denn

wie keine Erziehung ohne Strafen zu denken ist, so soll jede Strafe auch erzieherisch wirken. Aber wie die Erziehung sich neben der Strafe noch anderer Mittel bedient, so verfolgt die Strafe neben der Erziehung auch noch andere Zwecke, insbesondere den der Vergeltung.

Dürfen wir trotz dieses Vorbehalts uns der beiden Ausdrücke bedienen, da sie eine entgegengesetzte Grundrichtung bezeichnen und allgemein gebräuchlich sind, so haben wir als Grundsatz anzusehen, daß die Erziehung für Kinder, die Bestrafung für Erwachsene bestimmt ist. Es handelt sich nur darum, ob wir diesen beiden Klassen noch eine dritte, die der Jugendlichen, zur Seite zu stellen und nach welchen Gesichtspunkten wir sie abzugrenzen haben.

Offenbar kann die Grenze nicht scharf gezogen, insbesondere nicht an eine feste Altersstufe geknüpft werden, denn weder vollzieht sich bei demselben Individuum die Entwicklung sprungweise, noch bei verschiedenen Personen gleichmäßig. Mit Rücksicht hierauf scheint es zunächst das Richtigste, die Entscheidung, ob jemand im Sinne des Gesetzes als Kind oder als Erwachsener zu behandeln sei, im Einzelfalle durch den Richter treffen zu lassen, der nach den konkreten Verhältnissen sich ein Urteil darüber bilden kann, ob der Täter die für Erwachsene vorausgesetzte Stufe geistiger Entwicklung erlangt hat und deshalb den für sie gegebenen Strafvorschriften zu unterwerfen ist. Wir würden uns dabei auch auf den Vorgang einzelner früherer Gesetzgebungen berufen können, indem z. B. in dem preußischen Strafgesetzbuche keine Grenze nach unten, in dem sächsischen keine solche nach oben gezogen war. Aber praktische Erwägungen lassen dies nicht allgemein ratsam erscheinen. Wollte man bei einem fünfjährigen Kinde oder bei einem dreißigjährigen Manne dem Richter diese Entscheidung übertragen, so würde man offenbar unzweckmäßig handeln, weil man überflüssige Arbeit forderte. Für so extreme Fälle kann das Gesetz selbst die Aufgabe lösen und dadurch die Gerichte entlasten. Aber eben auch nur für solche. Für die in der Mitte liegenden Altersstufen kann in der Tat nur der Richter die Grenzziehung vornehmen.

Wir sind bisher davon ausgegangen, daß es sich um die Wahl zwischen Erziehung oder Bestrafung handelt. Aber auch wenn diese Frage zugunsten der Bestrafung entschieden ist, so wird man doch nicht allein die Höhe der Strafe, sondern auch ihre Art von dem Grade der erwähnten geistigen Entwicklung abhängig machen. Wollte man dies ganz in die Hände des Richters legen, so würde man zu so weit gezogenen Strafgrenzen gelangen, wie sie mit

Rücksicht auf möglichste Einheitlichkeit der Strafjustiz nicht erwünscht sind.

Das Gesagte führt zu dem Ergebnisse, an die Stelle einer Zweiteilung die Dreiteilung zu setzen, d. h. zwischen Kindern und Erwachsenen die Zwischengruppe der Jugendlichen einzufügen mit folgender Bedeutung: Gegen Kinder findet keine Bestrafung statt, sondern ausschließlich Maßregeln der Erziehung. Erwachsene umgekehrt unterliegen der normalen Art der Bestrafung. Bei Jugendlichen endlich hat der Richter im Einzelfalle zu entscheiden, einerseits ob überhaupt kriminelle Strafe, ev. neben Erziehungsmaßregeln, am Platze ist, andererseits, falls diese Vorfrage bejaht wird, welche Modifikation die normale Art der Bestrafung zu erfahren habe, um dem verfolgten Zwecke staatlichen Eingreifens gerecht zu werden. Auch hier ist nicht ausgeschlossen, daß der Gesetzgeber dem Richter einen Teil seiner Aufgabe abnimmt und die zulässigen Strafen für Jugendliche anders bestimmt, als für Erwachsene.

Fassen wir das gewonnene Ergebnis zusammen, so werden wir den Begriff der Jugendlichen dahin zu definieren haben, daß es Personen sind, gegen welche mit Rücksicht auf ihr jugendliches Alter und die dadurch bedingte Stufe geistiger Entwicklung entweder eine Bestrafung überhaupt oder doch wenigstens die normale Art derselben nicht geeignet erscheint.

Dadurch entfernen wir uns nicht unerheblich von dem heutigen Gesetze, welches gegen Jugendliche, sofern sie als einsichtsfähig anerkannt sind, nur Strafe, keine Erziehungsmaßregeln zuläßt. Aber gerade diese Änderung halte ich für die Grundvoraussetzung, um zu einer befriedigenden Lösung der Frage der Jugendlichen zu gelangen.

IV.

Die Bedeutung der unter III. gewonnenen Begriffsbestimmung der Jugendlichen zeigt sich sofort, wenn wir daran gehen die Altersgrenze ziffernmäßig zu bestimmen. Wollten wir nach Maßgabe des heutigen Gesetzes unter Jugendlichen solche Personen verstehen, gegen welche niemals Erziehungsmaßregeln, sondern stets Bestrafung als das geeignete Mittel der Reaktion erscheint, so würden wir die untere Grenze ziemlich hoch legen müssen, und ich würde mich dem mehrfach gemachten Vorschlage sie auf 16 Jahre festzusetzen unbedenklich anschließen, denn es gibt zweifellos

recht viele jugendliche Personen bis zu diesem Alter, bei denen die Verhängung krimineller Strafen nicht am Platze ist; ja man kann recht zweifelhaft sein, ob nicht auch gegen manchen Sechzehnjährigen erziebliche Einwirkung der Strafe vorzuziehen ist. Aber ebensowenig dürfen wir verkennen, daß es Personen unter 16 Jahren gibt, die bei schweren Vergehen durchaus gerichtliche Strafe verdienen. Sie würden bei der Normierung des 16. Jahres zu Unrecht unbestraft bleiben. Gerade diese Schwierigkeit, bei der sehr großen individuellen Verschiedenheit jugendlicher Personen eine nach beiden Richtungen befriedigende Grenze zu ziehen, ist es, die es ratsam erscheinen läßt, die Entscheidung darüber, ob Erziehungs- oder Strafmaßregeln eintreten sollen, nicht vom Gesetzgeber allgemein vornehmen zu lassen, sondern sie innerhalb eines von ihm gezogenen Rahmens dem Richter zu übertragen.

Handelt es sich also für uns nur um diesen Rahmen in dem Sinne, daß wir nach unten nur solche Altersstufen auszuschließen haben, bei denen unter keinen Umständen Kriminalstrafe am Platze ist, so erscheint die Grenze, wie schon bemerkt, bei 16 Jahren als zu hoch gegriffen. Aber ebenso ist die jetzige von 12 Jahren zu niedrig, denn man wird davon ausgehen dürfen, daß gegen schulpflichtige Kinder niemals ein gerichtliches Verfahren stattfinden sollte. Das ist so oft überzeugend begründet, daß ich hier nicht näher darauf einzugehen brauche. Da nun die Schulpflicht in dem überwiegenden Teile von Deutschland bis zum 14. Jahre währt, so wird hier die untere Grenze zu ziehen sein.

Bei der oberen Grenze handelt es sich nicht sowohl um die Wahl zwischen Erziehung und Bestrafung, denn daß bei Personen von 18 Jahren irgendwelche gerichtliche Strafe angezeigt ist, wird nicht bestritten werden können, sondern vielmehr um die Frage, ob die normalen Strafen, wie sie für Erwachsene festgesetzt sind, nach Art und Höhe geeignet erscheinen, oder Modifikationen geboten sind. Ich halte die jetzige Altersgrenze von 18 Jahren für zu niedrig gegriffen und glaube, den Beweis hierfür schon aus der jetzigen Praxis herleiten zu können. Obgleich nach der heutigen Vorschrift Personen von 18 Jahren im Falle eines Verbrechens mit Zuchthaus bestraft werden müssen, so wird von den Gerichten doch niemals auf diese Strafe erkannt, sondern man betrachtet ausnahmslos das jugendliche Alter als mildernden Umstand und gelangt so zu einer Gefängnisstrafe. Wo aber, wie bei der Todesstrafe, dem Gericht vom Gesetze kein Abweichen gestattet ist, pflegt ausnahmslos auf dem Wege der Gnade eine Strafmilderung einzutreten.

Spricht also schon diese praktische Erfahrung gegen die jetzige Altersgrenze, so erscheint diese auch noch aus einem anderen Grunde als verfehlt. Es ist offenbar unnatürlich, Minderjährigen das Recht zu nehmen sich durch Verträge zu verpflichten und ihnen gleichzeitig die Möglichkeit zu gewähren, durch strafbare Handlungen Wirkungen herbeizuführen, die an Bedeutung weit über zivilrechtliche Verpflichtungen hinausgehen. Ist die Vertragsfähigkeit an das Alter von 21 Jahren gebunden, so dürfen auch die normalen strafrechtlichen Folgen erst mit diesem Zeitpunkte eintreten.

V.

Nach dem bisher Erörterten sollen gegen Jugendliche im Falle von Verletzungen der Strafgesetze einerseits erzieherische, andererseits strafrechtliche Maßregeln zulässig sein. Auf die ersteren näher einzugehen unterlasse ich aus dem schon eingangs erwähnten Grunde, weil die Erziehungsfrage den Gegenstand anderer Vorträge bildet. Immerhin scheint es angezeigt, darauf hinzuweisen, daß neben den bisher gesetzlich zugelassenen Mitteln der Unterbringung bei fremden Erziehern und der Aufnahme in Erziehungsanstalten als mildere und deshalb in leichten Fällen anwendbare Maßregel, die Überwachung und Beeinflussung der Erziehung bei den bisherigen Erziehern in Betracht kommt. Fehlt den letzteren nicht sowohl der gute Wille, sondern nur das Verständnis zur Erziehung, so kann es möglicherweise genügen, ihnen mit Rat zur Seite zu stehen und dessen Befolgung zu beaufsichtigen.

Auch hinsichtlich der zulässigen Strafen scheint mir keine Veranlassung zu wesentlichen Abweichungen von dem jetzigen Rechtszustande geboten, nur dürfte Festungshaft nicht als eine gegen jugendliche verwertbare Strafart anzusehen und deshalb durch Haft zu ersetzen sein. Wenn gegen den Verweis der Einwand erhoben ist, daß er meistens ohne Wirkung bleibe, so mag das richtig sein, aber er ist auch kaum als eigentliche Strafe aufzufassen, sondern erscheint mehr als natürlicher Abschluß eines Verfahrens, bei dem man sich überzeugt, daß freilich etwas Unrechtes getan ist, daß aber eine wirkliche Strafmaßregel nicht geboten ist. In solchen Fällen ist es am Platze, dem Übeltäter die Mißbilligung über seine Tat auszusprechen und ihn vor Wiederholungen zu warnen; beides geschieht im Verweise. Da er eine Warnung ganz von selbst enthält, so hat es auch keinen Zweck, sie neben ihm als besondere Maßregel aufzuführen.

Erzieherische und strafrechtliche Maßregeln stehen nicht zueinander in dem Verhältnisse der gegenseitigen Ausschließung. beide sind vielmehr in demselben Falle nebeneinander verwendbar. Allerdings ist es nicht angemessen, den erzieherischen Maßnahmen noch Bestrafung nachfolgen zu lassen, denn wenn die ersteren — wie doch einstweilen erwartet werden muß — ihren Besserungszweck erreicht haben, so könnte eine weitere Bestrafung nur dem Vergeltungsgedanken entsprechen, und es erscheint richtiger, ihn gegenüber Jugendlichen möglichst zurücktreten zu lassen. Dagegen ist gegen den Anschluß von Erziehungsmaßregeln an die vorangegangene Bestrafung ein berechtigter Einwand nicht zu erheben, und wenn in der Literatur darauf hingewiesen ist, daß die aus einer Strafanstalt Entlassenen für nachfolgende Erziehung verdorben seien, so wird dies, soweit der Angriff überhaupt berechtigt erscheint, auf die unrichtige Behandlung in den Gefängnissen, insbesondere den Verkehr mit anderen Sträflingen zurückzuführen sein. Deshalb ist zu fordern, daß die Strafvollstreckung gegen Jugendliche tunlichst weitgehend in der Form der Einzelhaft geschieht.

VI.

Die besten Gesetze verfehlen ihren Zweck, wenn ihre Handhabung ungeeigneten Organen anvertraut wird, und leider muß behauptet werden, daß unsere bisherigen Strafgerichte Jugendlichen gegenüber solche ungeeigneten Organe darstellen. Hat das geltende Strafrecht, wie ihm mit Recht von der modernen Schule vorgeworfen wird, viel zu einseitig den Vergeltungsgedanken vor dem Erziehungszwecke bevorzugt, hat dasselbe überhaupt zu Unrecht seinen Ausgangspunkt genommen von der Tat als objektiver Erscheinung, anstatt von der Person des Täters, so ist es begreiflich, daß die unter dem Einflusse dieses Strafrechts aufgewachsenen und zu seiner Handhabung berufenen Richter den Jugendlichen, bei denen, wie ich schon betonte, der Zweck der Vergeltung durchaus gegen den der Erziehung zurücktreten muß und die Würdigung der Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung ist, noch weit weniger gerecht werden, als den Erwachsenen. Aber sollten wirklich, wie wir hoffen dürfen, die modernen Reformgedanken demnächst ihre gesetzliche Anerkennung erhalten, und sollte es im Laufe der Zeit gelingen, die Praxis der Gerichte ihnen anzupassen, so wird doch immer die angemessene Behandlung jugendlicher Personen besondere Eigenschaften und besondere, auf langjähriger Übung gegründete

Erfahrung voraussetzen, die bei dem durchschnittlichen Strafrichter nicht in dem Maße zu finden ist, wie bei den Vormundschaftsrichtern, deren Beruf die ständige Beschäftigung mit Unerwachsenen und ihrer Erziehung mit sich bringt. Es ist deshalb ratsam, in ihre Hand die Anwendung des Gesetzes zu legen.

Aber es handelt sich nicht nur um den Richter, sondern mindestens der gleiche Wert ist darauf zu legen, ihm Personen zur Seite zu stellen, die in noch höherem Grade, als er, auf dem Gebiete der Jugendbehandlung bewandert sind. Dazu gehören in erster Linie Pädagogen, also Lehrer, und, da die psychische Entwicklung mit der physiologischen Hand in Hand geht, auch Ärzte. Neben ihnen kommen ferner in Betracht solche Personen, die, wie Vorstände von Erziehungsvereinen, sich überwiegend mit Jugendlichen beschäftigen. Es scheint nicht ausreichend, diese Hilfskräfte lediglich als Sachverständige zuzuziehen, sondern es ist ein sehr wertvoller, neuerdings von den verschiedensten Seiten vertretener Gedanke, den ich mir durchaus zu eigen mache, sie nach Art der Schöffen dem Richter zur Seite zu setzen und auf diese Weise besondere Jugendgerichte zu schaffen.

Man könnte, wie es scheint, einwenden, daß alles hier Gesagte nur so weit zuträfe, wie es sich um erzieherische Maßnahmen handelte, nicht aber auf die Verhängung von Strafen. Aber nicht allein soll doch auch deren Auswahl und Abmessung von pädagogischen Gesichtspunkten beherrscht sein, sondern vor allem kann die Frage, ob Erziehung oder Strafe angezeigt ist, nur nach diesem Maßstabe und deshalb von Personen entschieden werden, die eine besondere Sachkenntnis besitzen. Gerade darin, daß beide Arten von Maßregeln in derselben Hand liegen und in das richtige gegenseitige Verhältnis gebracht werden können, besteht der Hauptwert einer solchen Einrichtung.

VII.

Bei der Gestaltung des Verfahrens, wie es vor den Jugendgerichten stattfinden soll, ergeben sich nicht unerhebliche Schwierigkeiten aus der Verbindung erzieherischer und strafrechtlicher Maßregeln. Für die letzteren gilt heute der Grundsatz des Anklageprozesses und das Anklagemonopol der Staatsanwaltschaft, d. h. ohne Eingreifen der letzteren kann kein Strafverfahren eingeleitet werden, und in diesem muß sie vertreten sein. Staatsanwalt und Angeklagter werden als Parteien mit im wesentlichen

gleichen Rechten betrachtet, und der Richter beschränkt sich darauf, einen zwischen ihnen geführten Streit zu entscheiden. Im Gegensatz hierzu ist das Verfahren vor dem Vormundschaftsgerichte, dem die Erziehungsmaßregeln anvertraut sind, ein dem System des Inquisitionsprozesses nachgebildetes Offizialverfahren, in welchem der Richter auf jede an ihn gelangende Anregung einzugreifen hat und eine Parteigruppierung nicht stattfindet. Soll das Jugendgericht berechtigt sein, nach den von ihm ermittelten Umständen des einzelnen Falles entweder erzieherische oder strafrechtliche Maßregeln oder eine Verbindung beider anzuordnen, so ist es unmöglich, für beide verschiedene Arten des Verfahrens vorzuschreiben, das letztere muß vielmehr einheitlich gestaltet werden, wobei es aber als Aufgabe erscheint, den bezeichneten Rücksichten tunlichst Rechnung zu tragen. Versuchen wir dies, so kommen wir zu folgenden Vorschlägen.

Die Grundlage hat das schöffengerichtliche Verfahren zu bilden; dasselbe ist jedoch in wichtigen Punkten abweichend zu gestalten.

Zunächst kann das Anklagemonopol der Staatsanwaltschaft nicht festgehalten werden, es muß vielmehr dem Gerichte freistehen, auch ohne deren Antrag einzugreifen. Ebenso ist ihre Beteiligung an dem Verfahren nicht gesetzlich zu erfordern, vielmehr muß das Gericht befugt sein, dasselbe ohne Mitwirkung der Staatsanwaltschaft durchzuführen. Allerdings ist davon auszugehen, daß beides nur in solchen Fällen geschehen wird, in denen zu erwarten ist, daß nicht strafrechtliche, sondern erzieherische Maßregeln verhängt werden, und es mag sich empfehlen, die Staatsanwälte im Aufsichtswege anzuweisen, daß sie sich stets dann am Verfahren beteiligen, wenn nach ihrer Auffassung Bestrafung am Platze ist. Aber so wenig es ihnen verwehrt ist, auch in anderen Fällen einzugreifen, so wenig scheint es ratsam, die Voraussetzungen ihrer Mitwirkung im Gesetze festzulegen, es genügt vielmehr die Vorschrift, daß das Gericht sowohl von der Einleitung des Verfahrens, wie von der Anberaumung der Hauptverhandlung der Staatsanwaltschaft Nachricht zu geben hat und daß diese zur Beteiligung jederzeit berechtigt ist. Ist sie im Termin nicht vertreten, so hat der Vorsitzende den Inhalt der Beschuldigung vorzutragen. Der Eröffnungsbeschluß, der sich auch in dem normalen Strafverfahren als durchaus entbehrlich erwiesen hat, ist zu beseitigen, vielmehr hat der Vorsitzende, wenn er nach den von ihm angestellten Ermittlungen die Verhängung erzieherischer oder strafrechtlicher Maßregeln für notwendig hält, Termin zur Hauptverhandlung anzu-

setzen und die Beteiligten, zu denen auch die gesetzlichen Vertreter des Beschuldigten zu rechnen sind, davon in Kenntnis zu setzen. Ebenso ist der Erlaß eines Strafbefehls auszuschließen, da von ihm eine erziehliche Wirkung nicht erwartet werden kann.

Es ist mehrfach darauf hingewiesen, daß die Öffentlichkeit der Gerichtsverhandlung für den jugendlichen Täter eine große Gefahr insofern bietet, als sie auf ihn einen höchst ungünstigen Einfluß ausübt, daß insbesondere seine Eitelkeit und sein falsches Ehrgefühl dadurch angeregt wird, daß er sich als Mittelpunkt einer öffentlichen Schaustellung empfindet und die Zeitungen über ihn berichten. Niemand wird auch daran denken, erzieherische Maßregeln vor der Öffentlichkeit zu verhandeln, und da, wie mehrfach betont, bei Jugendlichen auch für die Strafe der Erziehungszweck im Vordergrund stehen muß, so darf an der Vorschrift der Öffentlichkeit, wie sie für das allgemeine Strafverfahren gilt, hier nicht festgehalten werden, es ist vielmehr unter die Gründe, aus denen sie ausgeschlossen werden kann, auch die Befürchtung einer ungünstigen Wirkung auf den Angeklagten aufzunehmen.

Schwierigkeiten bietet die Frage der Verteidigung. Einerseits ist es, zumal wenn schwere Strafen verhängt werden sollen, durchaus erforderlich, daß dem Angeklagten ein Verteidiger zur Seite steht, andererseits wird derselbe, soweit es sich um Erziehungsmaßregeln handelt, ein störendes Element bilden, denn wenn der jugendliche Täter das Gefühl hat, daß ein Verteidiger ihm zur Seite steht, um ihn vor etwa seitens des Gerichts zu befürchtendem Unrecht zu schützen, so ist offenbar bei ihm diejenige Gemütsstimmung ausgeschlossen, die eine Vorbedingung für günstige Aufnahme erzieherischer Einwirkung bildet. Es scheint nicht wohl möglich, im Gesetze selbst die Fälle zu sondern, in denen der eine oder der andere Gesichtspunkt überwiegt, und es bleibt deshalb nichts anderes übrig, als die Zulassung eines Verteidigers von dem Ermessen des Gerichts abhängig zu machen.

Endlich ist in dem Verfahren vor den Jugendgerichten einer Forderung Rechnung zu tragen, die in neuerer Zeit immer mehr Vertreter findet, nämlich der Einführung der bedingten Verurteilung, d. h. es ist eine Entscheidung dahin zuzulassen, daß ein auf Strafe lautendes Urteil nicht vollstreckt werden soll, falls der Verurteilte innerhalb der sog. Bewährungsfrist sich eines neuen Verstoßes gegen die Strafgesetze nicht schuldig macht. Dabei ist eine Verbindung mit erzieherischen Maßnahmen in der Weise möglich, daß ein befriedigender Erfolg der letzteren als Bedingung

für die Nichtvollziehung der Strafe gefordert wird. Gerade die Hoffnung, einer schon erkannten Strafe zu entgehen, wird einen starken Einfluß auf den Täter ausüben, die Bahn der Besserung zu betreten.

VIII.

Es ist nicht zu verkennen, daß nach den hier gemachten Vorschlägen dem Jugendgerichte eine gewisse patriarchalische Stellung eingeräumt ist und wichtige Verfügungen von seinem freien Ermessen abhängig gemacht sind. Ist dies im allgemeinen eine notwendige Folge des Grundgedankens, daß bei strafbaren Handlungen jugendlicher Personen der Gesichtspunkt der Erziehung im Vordergrunde stehen soll, so muß doch selbstverständlich alles, was mit diesem Grundgedanken vereinbar ist, geschehen, um der Gefahr eines Mißbrauches so weitgehender Befugnisse entgegenzutreten. Einen Schutz gegen solchen bildet zunächst das Beschwerderecht, das gegen jede von dem Gerichte oder dessen Vorsitzenden getroffene Verfügung zu geben ist. Aber darüber hinaus muß doch Fürsorge getroffen werden, daß in einer zweiten Instanz eine sorgfältige Nachprüfung stattfindet. Deshalb ist, wie gegen alle schöffengerichtlichen Urteile eine Berufung an die Strafkammer des Landgerichts zu gestatten. Soll aber die letztere geeignet sein, den besonderen Rücksichten, wie sie bei Jugendlichen in Betracht kommen, gerecht zu werden, so muß auch in ihr das sachverständige Laienelement zur Geltung kommen. Es empfiehlt sich deshalb 2 Richtern 3 Schöffen zur Seite zu stellen und diese aus den oben bezeichneten Berufskreisen zu entnehmen. Ebenso ist hier die Bestellung eines Verteidigers bedingungslos vorzuschreiben. Das Bedenken, das dagegen hinsichtlich der ersten Instanz geltend gemacht werden konnte, findet hier nicht mehr statt, denn wenn der Täter sich der seitens des Gerichts verhängten Maßregel nicht fügt, sondern sich gegen sie durch Einlegung der Berufung zur Wehr setzt, so ist dies ein Beweis dafür, daß die oben bezeichnete Gemütsstimmung gegenüber dem Gerichte, die das Eingreifen eines Verteidigers nicht ratsam erscheinen ließ, nicht vorhanden ist. Außerdem wird es sich in der großen Mehrzahl der Sachen, die in die Berufungsinstanz gelangen, um Fälle handeln, bei denen entweder die Begehung der Straftat bestritten wird, oder es sich um Rechtsfragen handelt. Dann aber muß der volle Rechtsschutz des normalen Verfahrens geboten werden. Gerade die Gewährung mög-

lichst weitgehender Garantien in der zweiten Instanz bildet die Möglichkeit, in der ersten das juristische Moment gegenüber pädagogischen Rücksichten etwas zurücktreten zu lassen.

Leitsätze.

I.

Die Abgrenzung der Klasse der Jugendlichen in der heutigen Strafgesetzgebung ist zunächst insofern verfehlt, als ihr das rein intellektualistische Moment der Einsichtsfähigkeit in die Strafbarkeit der begangenen Handlung zugrunde liegt und der Willensfaktor unberücksichtigt geblieben ist. Eine Verbesserung würde deshalb darin bestehen, daß an Stelle dieser Einsichtsfähigkeit die allgemeine geistige Entwicklung gesetzt würde.

II.

Aber es erscheint richtiger, diesen Ausgangspunkt ganz aufzugeben und die bisherige anthropologische durch die pädagogische Grundlage zu ersetzen, d. h. das Unterscheidungsmoment zu entnehmen nicht aus der Person des Täters, sondern aus der Art der staatlichen Reaktion gegen das begangene Unrecht. Diese hat freilich auf die Persönlichkeit des Täters Rücksicht zu nehmen, sich aber nicht nach ihr allein, sondern daneben nach der Art und den näheren Umständen der Tat zu richten.

III.

Als staatliche Reaktionen kommen in Betracht: Erziehung, Bestrafung und Unschädlichmachung. Die letztere ist lediglich bestimmt für geistig anormale, d. h. solche Personen, auf welche weder Erziehung noch Bestrafung mit Aussicht auf Erfolg anwendbar ist. Sie entfallen aus der vorliegenden Erörterung.

IV.

Kinder unterliegen ausschließlich der Erziehung, Erwachsene ausschließlich der Bestrafung. Jugendliche Personen bilden eine Mittelklasse bei der nicht durch den Gesetzgeber

allgemein im voraus, sondern nur durch den Richter im Einzelfalle nach Maßgabe der Individualität des Täters sowie der Art und den näheren Umständen der Tat entschieden werden kann, ob und in welchem Umfange Erziehung oder Bestrafung am Platze ist.

V.

Die Grenze zwischen Kindern und Jugendlichen ist auf das 14., diejenigen zwischen Jugendlichen und Erwachsenen auf das 21. Lebensjahr festzusetzen.

VI.

Gegen Jugendliche sind im Falle einer Verletzung der Strafgesetze folgende Maßregeln zulässig:

A. Erzieherische:
   1. Überwachung und Beeinflussung der Erziehung bei den bisherigen Erziehern,
   2. Unterbringung bei fremden Erziehern,
   3. Aufnahme in eine Erziehungsanstalt.

B. Strafrechtliche:
   1. Verweis,
   2. Geldstrafe,
   3. Haft,
   4. Gefängnis.

Haft und Gefängnisstrafe sind nicht allein in besonderen Anstalten oder mindestens in besonderen, ausschließlich für Jugendliche bestimmten Räumen, sondern auch möglichst weitgehend in der Form der Einzelhaft zu vollziehen.

Erzieherische und strafrechtliche Maßregeln können miteinander verbunden werden.

VII.

Die Verhängung der unter VI. bezeichneten Maßregeln ist besonderen Behörden (Jugendgerichten) zu übertragen. Sie werden gebildet aus dem Vormundschaftsrichter als Vorsitzendem und einer Anzahl von Beisitzern. Unter diesen soll sich stets ein Arzt und ein Lehrer befinden.

VIII.

Das Verfahren ist nach dem Vorbilde des schöffengerichtlichen zu gestalten.

Der Erlaß eines Strafbefehls findet nicht statt.

Die Öffentlichkeit kann auch dann ausgeschlossen werden, wenn das Gericht von ihr eine ungünstige Wirkung auf den Angeklagten befürchtet.

Die Einleitung des Verfahrens ist durch den Antrag der Staatsanwaltschaft nicht bedingt, vielmehr ist der Vorsitzende auf Grund einer an ihn gelangenden Anzeige oder von Amts wegen zum Eingreifen befugt, doch hat er hiervon der Staatsanwaltschaft Mitteilung zu machen. Diese ist zur Beteiligung am Verfahren berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Die Abgabe eines Eröffnungsbeschlusses findet nicht statt. Hält der Vorsitzende nach den Ergebnissen der angestellten Ermittlungen die Verhängung einer der unter VI. bezeichneten Maßregel für geboten, so hat er Termin zur Hauptverhandlung anzusetzen und hiervon der Staatsanwaltschaft Kenntnis zu geben sowie den Angeklagten, dessen gesetzlichen Vertreter und die erforderlichen Auskunftspersonen zu laden. Im Termin hat der Vorsitzende den Inhalt der Beschuldigung vorzutragen, den Angeklagten zu vernehmen und die Beweise zu erheben.

Die Zulassung eines Verteidigers unterliegt dem Ermessen des Gerichts.

Ein auf Strafe lautendes Urteil kann bestimmen, daß die erkannte Strafe nicht vollzogen werden soll, wenn der Verurteilte innerhalb einer gewissen Frist sich eines weiteren Verstoßes gegen die Strafgesetze nicht schuldig macht.

IX.

Gegen die Entscheidungen des Gerichts und des Vorsitzenden finden dieselben Rechtsmittel statt, wie im schöffengerichtlichen Verfahren. Über die Berufung ist von der Strafkammer des Landgerichts in der Besetzung von 2 Richtern und 3 Schöffen zu entscheiden. Zu den letzteren soll stets ein Arzt und ein Lehrer gehören. Dem Angeklagten ist, falls er nicht selbst einen Verteidiger gewählt hat, ein solcher von Amts wegen zu bestellen.

Die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf.

Von

Dr. **Meltzer,** Anstaltsarzt.

Mit 8 Skizzen.[1])

Im Königreich Sachsen bestanden bisher zwei Anstalten für schwachsinnige Kinder, Großhennersdorf für Knaben und Nossen für Mädchen, und drei Anstalten für Blinde, nämlich die Hauptanstalt Dresden und ihre Außenabteilungen in Moritzburg und Königswartha. Weil sich in fast allen der genannten Anstalten Mangel an Raum fühlbar machte, die baulichen und hygienischen Einrichtungen derselben nicht mehr den Anforderungen entsprachen, die billigerweise an sie gestellt werden konnten, ferner weil die für Zuführungen höchst unbequeme Lage Großhennersdorfs im äußersten Osten Sachsens, 6 km von der nächsten Bahnstation entfernt, und die räumliche Trennung der doch innerlich zusammengehörenden Blindenanstalten, die dadurch entstehende Erschwerung der Leitung und Vermehrung des Verwaltungsaufwandes gebieterisch eine Änderung der Verhältnisse erheischte, so trat die Königliche Staatsregierung Ende der neunziger Jahre dem Gedanken näher, diese fünf bezw. drei Anstalten in eine Anstalt zu vereinigen, zumal der als Autorität auf dem Gebiete des Blindenwesens bekannt gewordene Hofrat Büttner, der seit 1889 auch Direktor der schwachsinnigen Anstalten war, diese Zusammenlegung befürwortet hatte. Nachdem

[1]) Die genauen Pläne können mit Genehmigung der Kgl. Anstaltsdirektion jederzeit von Interessenten in der Anstalt eingesehen werden.

der Versuch, einen Bauplatz in der landschaftlich schönen und klimatisch günstigen Dresdner Heide zu bekommen, wegen zu hoher Arealforderung gescheitert war, und die noch mehr im Zentrum des Landes gelegene Stadt Chemnitz mit ihren günstigen Bahnverbindungen nach allen Teilen des Königreichs einen preiswerten und genügend großen Platz in hoher rauch- und rußfreier Lage nahe am Walde zur Verfügung, und verschiedene Vergünstigungen für den Bau und Betrieb der Anstalt in Aussicht gestellt hatte, genehmigte der Landtag 1899/1900 die Errichtung einer Erziehungs-

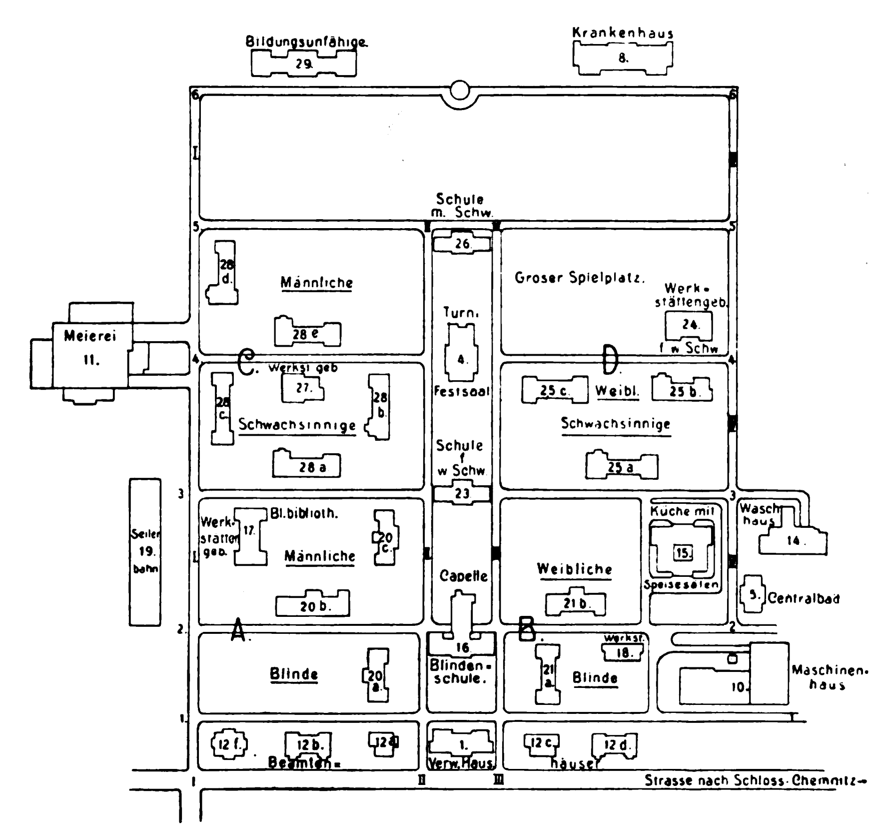


Fig. 1. Lageplan.

anstalt für Blinde und Schwachsinnige am hiesigen Orte, die in den folgenden Jahren mit einem Aufwande von $4^1/_2$ Millionen Mark gebaut und am 25. August 1905 von den Insassen der früheren Blinden- und Schwachsinnigenanstalten bezogen wurde.

Die Landesanstalt liegt auf einem von der Stadt nach Nordwesten sich hinziehenden sanft ansteigenden Höhenrücken in einer Meereshöhe von 330 Meter. Sie besteht aus 38 Gebäuden, die über ein Bauland von ca. 20 Hektar verstreut sind. Dazu gehören noch ca. 60 Hektar Wirtschaftsland, das die Anstalt nach Norden, Osten und Westen umgibt.

Die bebaute Fläche (siehe Übersichtsplan Fig. 1) ist ein kurzes Rechteck, das in senkrechter Richtung von zwei mittleren (II und III) und zwei seitlichen Hauptwegen (I und IV), in wagerechter von sechs parallel zueinander verlaufenden Hauptwegen durchzogen wird. Dort, wo sie auf die in der Mittellinie gelegenen Gebäude aufzustoßen scheinen, sind sie durch Promenadenwege verbunden, deren Einzeichnung der Übersichtlichkeit wegen unterblieben ist. Die unterste Häuserreihe — in der Hauptsache Beamtenwohnhäuser 12 a, b, c, d, f von Vorgärten umgeben — liegt an einer von der Stadt Chemnitz noch anzulegenden, von Westen nach Osten in ungefähr 20 Minuten nach dem Stadtteil Schloßchemnitz mit seinen ausgedehnten Parkanlagen des Küchenwaldes führenden Straße. Der dritte wagerecht verlaufende Weg stellt eine Trennungslinie zwischen den Wohn- und Arbeitsstätten der Blinden und denen der Schwachsinnigen dar. Die beiden mittleren senkrecht verlaufenden Wege (II und III) fassen das Verwaltungsgebäude (1), die Turn- und Festhalle (4) und die drei Schulgebäude (16, 23 und 26) zwischen sich; nach außen von den seitlichen senkrechten Hauptwegen (I und IV) liegen nach Westen die Wirtschaftsgebäude der Meierei (11) und die Seilerei (19), nach Osten das Zentralwachhaus (14), das Zentralbad (5) und zum Teil wenigstens das Maschinenhaus (10); nach Norden von dem sechsten wagerecht verlaufenden Weg, am weitesten entfernt von den Wohnstätten und am höchsten gelegen das Krankenhaus (8) und das ursprünglich für Bildungsunfähige bestimmte Gebäude (29). Die von der senkrechten Mittellinie westwärts gelegenen Gebäude beherbergen im allgemeinen die männlichen Zöglinge, die ostwärts gelegenen die weiblichen, so daß vier Doppelvierecke (A für die männlichen Blinden, B für die weiblichen Blinden, C für die männlichen Schwachsinnigen, D für die weiblichen Schwachsinnigen) entstehen, während die allen Abteilungen gemeinsamen Verwaltungs-, Wirtschafts- und kulturellen Zwecken dienenden Gebäude zwischen und seitlich von diesen Vierecken liegen.

Die einzelnen Häuser sind voneinander durch reiche, gärtnerische und parkartige Anlagen, in denen Ruheplätze, kleinere Rundteile und Spielplätze verteilt sind, getrennt. Was die einzelnen Wohn-

gebäude betrifft, so lassen sich zwei Typen unterscheiden, deren Zimmereinteilung aus den Figuren 2 und 3a und b zu ersehen ist. — Auffallen dürfte, daß in den meisten Wohngebäuden für Schwachsinnige die Schlafzimmer im Erdgeschoß gelegen sind, während die Wohnstuben im Obergeschoß liegen. Zweckmäßiger schiene wohl die umgekehrte Verteilung, wie sie nur in zwei Blindenhäusern (s. Bild) statt hat, da dadurch am Tage viel Treppensteigen und Hereinschleppen von Schmutz vermieden würde. Diese Verteilung erklärt sich aber

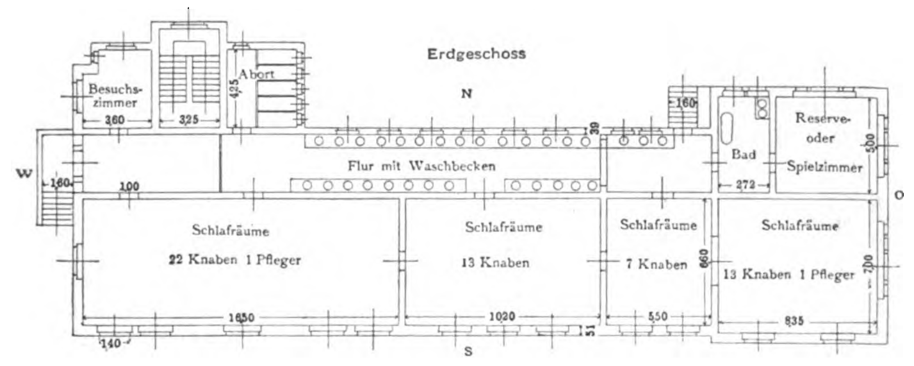


Fig. 2a.

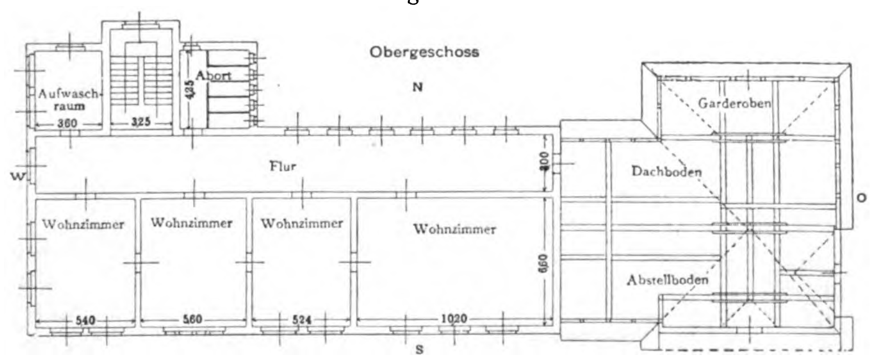


Fig. 2b.

Wohnhaus für schwachsinnige Knaben.

hier dadurch, daß die Schlafräume wegen Aufstellung der Bettstellen, von denen namentlich die neuen, nicht aus den früheren Anstalten übernommenen, sehr groß sind, auch schon wegen der zwischen den einzelnen Bettstellen nötigen Zwischenräume, viel mehr Platz beanspruchen als die Wohnräume, die bei richtiger Anordnung der Möbel schon bei viel kleinerer Bodenfläche 10 bis höchstens 15 Bewohnern ausreichenden Platz bieten, zumal ja die anliegenden geheizten Korridore dem Bewegungsdrang der Kinder

noch genug Spielraum lassen, und außerdem gesonderte Schulzimmer für jede Abteilung der schul- und vorschulfähigen Kinder vorhanden sind. Dadurch brauchen aber die Häuser nur zu zwei Dritteln ein Obergeschoß zu haben, wie die Photographie eines solchen Wohnhauses (s. Bild) zeigt. Massenschlafsäle sind vermieden worden; im allgemeinen schlafen nur diejenigen in einem Zimmer zusammen, die auch in einer Abteilung bzw. in einer Parallelabteilung zusammen sind und nach ihrem Alter und ihrer körperlichen wie geistigen Verfassung zusammen passen, in keinem Schlafsaal aber mehr als 24. Neben den Schlafsälen auf den heizbaren Korridoren ist durchschnittlich für je zwei Zöglinge ein Kippwaschbecken vorgesehen, mit darüber befindlichem Wasserhahn. Diejenigen Zöglinge, die chronische Ausschläge unschuldigerer Natur, chronischen Nasenkatarrh, Mittelohrkatarrh oder ähnliche Leiden haben, die nicht die Aufnahme in das Krankenhaus erheischen, waschen sich in besonderen dem einzelnen angewiesenen Becken. Jeder Zögling hat neben seinem Waschbeken Spülbecher und Zahnbürste stehen. Handtuchhalter, an denen auch die mit der Bekleidungsnummer des einzelnen versehenen Waschflecke trocknen und lüften, sowie fahrbare Kleiderhalter, die, wenn sie ihren Zweck erfüllen sollen, leicht gebaut und auf Gummirollen fahren müssen, damit sie nachts aus dem Schlafsaale auf den Waschkorridor geschoben werden können, vervollständigen die Einrichtung dieser Räume. An den Waschkorridoren liegen die Aborte mit Wasserspülklosetts; für die Verpflegten nach vorn offen, seitlich dort wo mehrere Sitze sind, durch halbhohe Wände voneinander getrennt, völlig abgeschlossen für das Personal. In den Schlafzimmern der kleinen Schwachsinnigen, die nachts abgeführt werden müssen, stehen Nachtstühle.

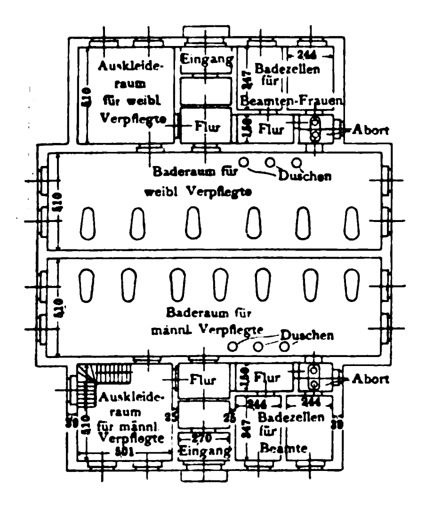


Fig. 4. Zentralbad.

Fast in allen Häusern der Schwachsinnigen liegt an diesem unteren Raum noch ein Badezimmer, das in der Hauptsache für außergewöhnliche Fälle, für Zuführungen, für ärztlich angeordnete Bäder und für das Personal des Hauses zur Verfügung steht,

während dem wöchentlich einmaligen Baden der ganzen Abteilung das Zentralbad dient, dessen Einrichtung aus der beigegebenen Figur 4 zu ersehen ist.

In den Wohnzimmern und den angrenzenden Fluren steht für jeden Zögling ein Schrank mit gesonderter Abteilung für Kleidung, Kopfbedeckungen und sonstige dem täglichen Gebrauch, dem Spiel und der Unterhaltung dienenden Gegenständen. Es wird darauf geachtet, daß Blinde wie Schwachsinnige und zwar letztere auch von möglichst frühem Alter an diese Schränke in Ordnung und Sauberkeit erhalten.

Fast in jedem Hause ist ein größeres Zimmer vorgesehen, in dem bei ungünstigem Wetter allerlei Bewegungsspiele oder Turnübungen in kleinerer Abteilung abgehalten werden können. — In den Dachgeschossen befinden sich die Aufbewahrungsräume für Sonntags- und Ersatzkleidung und die Zimmer für das im Hause tätige Pflegepersonal, soweit es nicht, wie die meisten Pfleger, verheiratet ist, und dann außerhalb der Anstalt wohnt. Diese im allgemeinen für zwei Personen berechneten Zimmer werden namentlich von dem weiblichen Pflegepersonal als eine große Wohltat empfunden. Hier können sich die in einem Hause beschäftigten, miteinander harmonierenden Personen wohnlich und nach ihrem Geschmack einrichten; hier verleben sie die dienstfreien Stunden am Tage wie die dienstfreien Nächte, in denen sie auch völlig ungestört sind, da ja die Partnerin meist gleichzeitig Dienst haben wird. Leichtere nicht infektiöse Krankheiten können hier im eigenen Heim abgewartet werden.

In verschiedenen Häusern befindet sich im Erdgeschoß auch noch ein Zimmer, in dem die Zöglinge von ihren Anverwandten besucht werden können, sofern es diese nicht vorziehen das Leben und Treiben ihres Kindes in der gewohnten Umgebung kennen zu lernen. Für gewöhnlich dienen diese Zimmer dem Oberpflegepersonal als Dienstraum; sie sind durch Fernsprecher mit dem Verwaltungshaus verbunden. — Endlich ist in jedem Wohnhaus ein Aufwaschraum mit Anschluß an die zentrale Warmwasserleitung vorhanden. — Die Dielen haben überall auch auf den Fluren Linoleumbelag auf Asphalt, zum Teil auf Korkestrich.

Von außen machen die Wohngebäude mit ihrer an den Altrenaissancestil erinnernden Bauart einen freundlichen Eindruck. Kleine Verschiedenheiten im äußeren Bau und in der Gestaltung der Türeingänge, sowie das Dazwischenliegen der Schul- und Werk-

stättengebäude, die eine etwas mehr abweichende Bauart haben, verhindern eine einförmige Wirkung des Ganzen.

Alle Gebäude werden durch elektrisches Licht erleuchtet und sind mit Warmwasserleitung versorgt; nur Kapelle und Turn- und Festsaal mit Niederdruckdampfheizung. Da sie durch genügende Isolierungen der Lichtleitungen vor Kurzschluß absolut gesichert sind, und kleine Herdöfen nur im Krankenhaus, wo sie nicht gut zu entbehren sind, aufgestellt sind, so ist die in solchen Anstalten besonders zu fürchtende Feuersgefahr auf ein Minimum beschränkt.

Die Zentrale für Licht, Heizung und Nutzwasserleitung ist das Maschinenhaus, von dem aus die Stränge in unterirdisch gelegenen begehbaren Haupt- und Zweigkanälen in die einzelnen Häuser geführt werden. So teuer diese Anlage ist, so hat sie sich doch bereits in der Heil- und Pfleganstalt Großschweidnitz bei Löbau i. S. völlig bewährt, weil sie alle Leitungen vor Witterungseinflüssen bewahrt, eine Fernheizung überhaupt erst ermöglicht und allenthalben eine leichte Inspektion und Ausbesserung defekt gewordener Leitungen zuläßt.

Das Trinkwasser wird aus dem städtischen Quellgebiet, der zwei Stunden entfernten Einsiedlertalsperre mit ihren einwandfreien Einrichtungen entnommen, während das Abwasser, nachdem es stark verdünnt durch die Klosettspülung und die Badewässer in eine Klärgrubenanlage gelangt ist, wo es mit 20 ccm Kalkmilch pro Kopf und Tag desinfiziert wird, in die Hauptschleuse der Stadt Chemnitz abgeführt wird.

Einer gesonderten kurzen Besprechung bedürfen für diejenigen, welche sich für Neueinrichtungen ähnlicher Anstalten interessieren, noch folgende Gebäude:

Erstens das Küchengebäude:

a) Der eigentliche Küchenraum ist 22 m lang, 12 m breit und 7 m hoch; er bekommt das gleichmäßige Licht der nördlichen Himmelsgegend durch fünf 1,75 m breite, und 4,10 m hohe Fenster, etwas gedämpftes Sonnenlicht durch drei ebenso große Fenster, die auf einen Lichthof hinausgehen, um den sich alle Räume des Küchengebäudes gruppieren. Der Küchenraum ist mit weißer Porzellanemaillefarbe gestrichen und an den Wänden $1^1/_2$ m hoch mit weißen Kacheln bedeckt: der Fußboden mit Fließen belegt. In ihm sind aufgestellt und zwar alles von der Firma Senking Hildesheim ausgeführt:

9 Fleisch- und Gemüsekessel, 6 Suppenkessel aus Nickel, umkippbar, 2 Milchkessel, 1 Kaffeekessel, 1 große Kaffeemaschine (kesselartig), 2 Kartoffeldämpfer (sämtlich doppelwandig zum Einlassen des Dampfes), 2 Wärmtafeln mit Speisewärmern, 1 Wärmschrank, 1 Bratherd, 1 Tafelherd.

Mit Motorbetrieb: 1 Kartoffelschneidemaschine, 1 Gemüseschneidemaschine, 1 Fleischwolf, 1 Kaffeemühle.

b) Der Aufwaschraum enthält 1 Aufwaschmaschine mit Motorbetrieb und 1 Messerputzmaschine mit desgleichen, 2 Spültische mit 4 Behältern zum Nachspülen.
c) Vorratsraum: 3 Gemüsespüler aus Marmor.
d) Zuputzraum nach Süden gelegen: 1 Kartoffelschälmaschine mit Motorbetrieb, 1 Kartoffelwaschmaschine mit Handbetrieb.
e) Kasinoräumlichkeiten für Beamte und Pfleger (nach Süden).

Im Zwischengeschoß liegen die Wohnräume für das Küchenpersonal und das Schwesternheim, ein größeres Zimmer, in dem die Pflegerinnen Belehrungs- oder Unterhaltungsstunden haben oder gesellig zusammenkommen können. Im Obergeschoß liegt nach Süden der Speisesaal für Blinde, nach Norden der für Schwachsinnige. Die Speisen werden durch elektrisch betriebene Fahrstühle von der Küche aus in diese Säle befördert. Die kleinen Blinden der untersten Abteilung wie die bildungsunfähigen und den untersten Vorschulabteilungen angehörenden Schwachsinnigen, für die der Weg zu den Speisesälen mit dem mehrmaligen Steigen der Treppen eine zu große körperliche Anstrengung wäre, essen in ihren Wohnhäusern, wohin ihnen das Essen durch Speisewagen gefahren wird.

Jedenfalls mit Rücksicht auf die Nähe des dampferzeugenden Maschinenhauses, dessen Lage vorher bestimmt war, ist das Küchengebäude statt in das Zentrum der Anstalt, mehr an die Peripherie gelegt worden. Diese Lage der Speisesäle ziemlich entfernt von den westwärts gelegenen Wohngebäuden der Blinden und Schwachsinnigen, ist deswegen nicht ganz zweckmäßig, weil so lange nicht gedeckte Verbindungsgänge vorhanden sind, die freilich wieder sehr den Verkehr in der Anstalt hindern und unter Umständen das Gesamtbild stören, die dorthin Gehenden den Unbilden nasser und kalter Witterung ausgesetzt sind. Für einen Teil der Blinden und Schwachsinnigen dürfte darin allerdings ein abhärtendes Moment liegen, das aber kaum hoch anzuschlagen ist, da die zerstreute Lage der Gebäude an sich reichlich Gelegenheit zur Bewegung im Freien auch bei ungünstigem Wetter bietet; für katarrhalisch Affizierte aber und namentlich für die vielen Nervenleidenden unter den Spät-

erblindeten, ist sowohl dieser viermalige Gang nach dem Speisehaus (Mittag, Abendessen, erstes Frühstück und Vesper) wie das Steigen von 50 Stufen zum Speisesaal eine Gefahr bzw. eine Überanstrengung.

2. Das Wäschereigebäude enthält im Erdgeschoß um einen in der Mitte gelegenen Flur gruppiert:

a) Den Sortierraum für beschmutzte Wäsche mit Weichtrögen;
b) den Waschraum mit 3 Waschmaschinen (Kupferkessel umkippbar), 2 Zentrifugen, 1 Spülapparat, sämtlich durch Motor getrieben; 1 Berieselungsapparat zum Kochen desinfizierter Wäsche, 3 Holzfässer zum Kochen von Stärke, Seife und Soda;

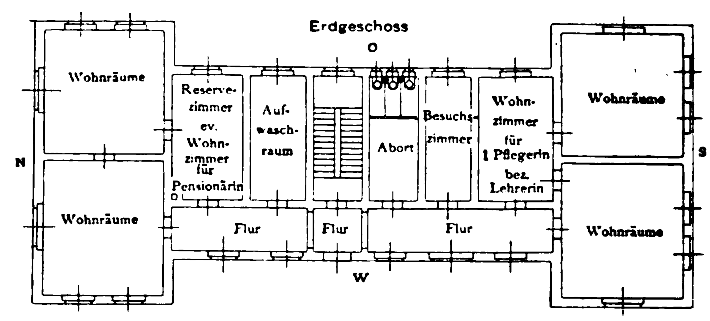


Fig. 3a.

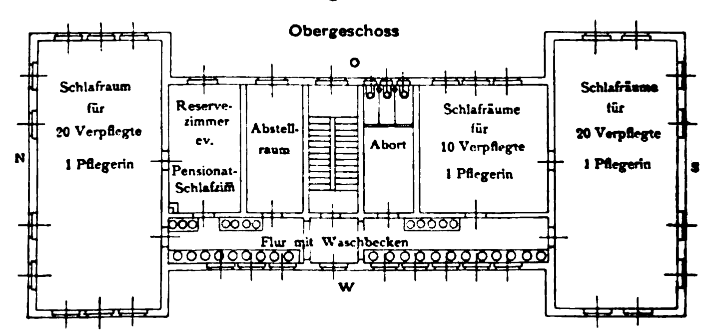


Fig. 3b.
Wohnhaus für blinde Mädchen.

c) den Trockenraum mit Apparat;
d) die Rollstube mit 2 Steinrollen (Motor);
e) die zweite Rollstube mit Dampfrolle, die sich nur für glatte Wäsche eignet (Motor);
f) die Plättstube mit Plättöfen (in besonderem Raum); Plättglocken ohne Stähle);
g) die Nähstuben;
h) den Sortierraum für die gewaschene Wäsche.

Die ganze Einrichtung stammt von der Firma Boy u. Rath-Duisburg. Den durch diese Reihenfolge gekennzeichneten Weg macht auch der größte Teil der Wäsche, soweit nicht eine Trocknung derselben auf dem Trockenboden des Hauses stattfindet, bis zum Sortierraum für die frische Wäsche, in dem sie aller acht Tage verausgabt wird. — Das Obergeschoß des nur zum Teil zweigeschossigen Gebäudes, enthält die Wohnungen für das Personal des Hauses.

3. Das ursprünglich für Bildungsunfähige bestimmte Haus (s. Fig. 5) ist ein langgestrecktes, über 60 m langes Gebäude, das ursprünglich zur Aufnahme von 100 Blöden bestimmt und deswegen auch von den übrigen Gebäuden durch einen weiteren Zwischenraum (s. Fig. 1) getrennt war; und zwar sollte die eine Hälfte des in der

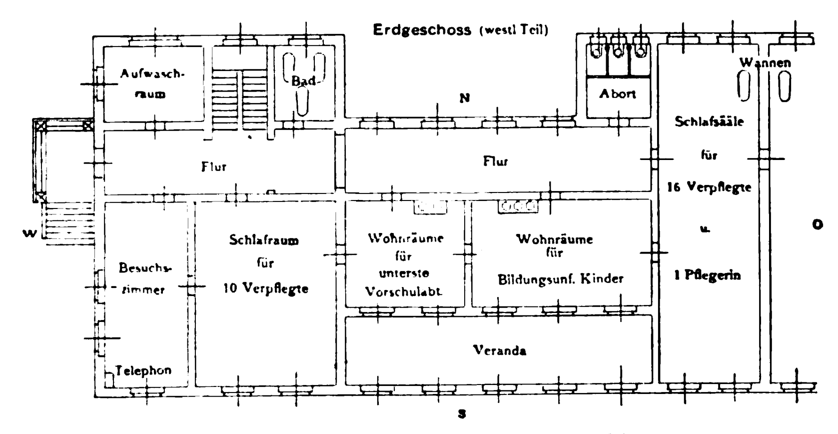


Fig. 5. Wohnhaus für Bildungsunfähige.

Mitte durch eine Wand geteilten Gebäudes die männlichen, die andere die weiblichen blöden Kinder aufnehmen. Jetzt dient nur ein Teil des Erdgeschosses der Aufnahme solcher jugendlicher Blöder, die sich allen Bildungs- und Erziehungsversuchen unzugänglich erweisen. Sie werden sobald als tunlich in einer besonderen Abteilung für jüngere Idioten in die Landesanstalt Hubertusburg versetzt, wohin ebenso diejenigen gewiesen werden, bei denen schon aus den dem Aufnahmeantrag beigefügten ärztlichen Gutachten ein solches negatives Ergebnis zu erwarten ist. — Das Obergeschoß dient daher jetzt als Wohnhaus für die dem Schulalter entwachsenen in der Küche und im Waschhaus beschäftigten Mädchen; auf der männlichen Seite sind noch einige der untersten Vorschulabteilungen untergebracht. Die Fig. 5 gibt die Einteilung der einen Hälfte des

Erdgeschosses wieder; sie wiederholt sich in den übrigen drei Vierteln des Gebäudes in korrespondierender Lage; nur hat man im Obergeschoß offene mehr balkonartige Veranden, die bei der jetzigen Verwendung derselben zweckmäßiger sind, während im Erdgeschoß geschlossene auch im Winter benutzbare Veranden sind. — Sehr zweckmäßig ist die gute Lüftbarkeit der durchgehenden, von Süd nach Nord gelegenen, großen Schlafräume und die Aufstellung je einer Badewanne in denselben. Sie steht direkt auf dem von Linoleumbelag des Saales ausgespartem Asphaltuntergrund und hat Abzug nach der Abwässerleitung. Außerdem gibt es noch in jeder Viertelabteilung des Hauses einen Baderaum mit 2 Wannen; im Erdgeschoß je ein Reservezimmer. Die Waschbecken sind in diesem Hause wegen ihres häufigen Gebrauches bei diesen unreinlichsten Schwachsinnigen gleich im Zimmer.

5. In den Schulgebäuden, die im Erdgeschoß die jüngeren, im Obergeschoß die älteren Kinder bergen, sind neben der genügenden Anzahl von Klassenzimmern größere Zimmer für Singübungen vorgesehen, außerdem in den beiden Schwachsinnigen-Schulen Räume, in denen die Kinder ihr Frühstücksbrot und die ihnen ärztlicherseits verordnete Milch verzehren können. Während der Pausen werden die Klassenzimmer, die fast sämtlich nach Süden gelegen sind, gelüftet; die Kinder ergehen sich unterdessen auf den 3 m breiten, von Norden her belichteten Korridor; natürlich fehlen auch nicht die in allen Schulen nötigen Nebenräume. Die Schulbänke haben in der Blindenschule eine etwas abweichende Form; die Tischplatte muß hier wegen der Blindenschrift wagerecht stehen. Das Gestühl in den Schwachsinnigen-Schulen hat meist die LICKROTH'sche Form; in der Mädchenschule ist die Tischplatte durch Charniergelenk umklappbar und hat an ihrer unteren Fläche ein Nähkissen zum Unterricht im Nähen.

6. Das Krankenhaus ist ein ca. 60 m langes, 2 geschossiges, Gebäude in der Mitte durch eine Türverbindungen nicht besitzende Mauerwand in die Lazarettabteilung und in die Infektionsabteilung halbiert. Die Einteilung der Räume im Erdgeschoß ist fast die gleiche wie die im Obergeschoß; deswegen wird nur die des ersteren in der Fig. 6 wiedergegeben, aus der auch die Bestimmung der einzelnen Räume hervorgeht. Während das Erdgeschoß auf beiden Seiten der Aufnahme erkrankter größerer blinder und schwachsinniger Knaben und erwachsener männlicher Blinder wie männlichen Pflegepersonales dient, ist das Obergeschoß für kleinere schwachsinnige und blinde Knaben und Mädchen, für erwachsene schwachsinnige und blinde

Mädchen und für weibliches Pflegepersonal bestimmt. Erwachsene Blinde wie erkranktes Pflegepersonal werden möglichst in einzelne Zimmer, und die größeren schwachsinnigen Mädchen in dem kleinen Saal des Obergeschosses eingebettet, der an Stelle der drei einfensterigen Zimmer (2—4 der Fig. 8) des Erdgeschosses besteht.

Besonders hygienisch und therapeutisch erwähnenswert sind:

1. Die Liegehallen, die durch Schiebefenster völlig abgeschlossen werden können, und heizbar sind, bestimmt in erster Linie für Lungenkranke, in zweiter aber für alle chronisch Kranken, die einer intensiven Licht- und Sonnenbestrahlung und frischer Luft bedürfen und diese wegen ungünstiger Witterung oder Bodenverhältnissen nicht im Freien genießen können.

2. Die Bäder: a) gewöhnliche Wannenbäder; b) kohlensaure Bäder für Herz- und Nervenleiden, besonders des Personals sowie

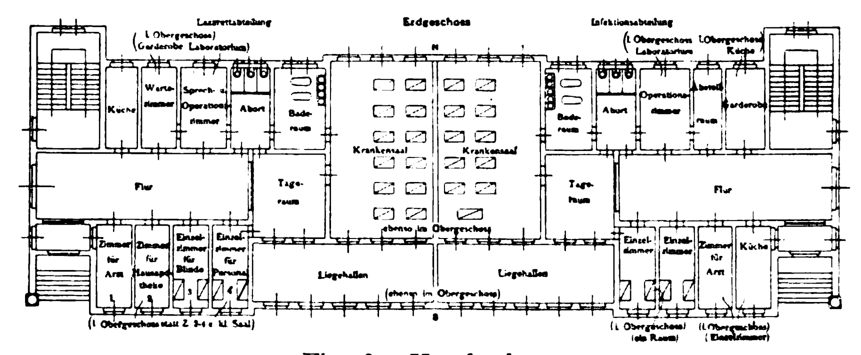


Fig. 6. Krankenhaus.

der Blinden; c) elektrische (galvanische, faradische, Wechselstrombäder), die besonders bei Herz- und Nervenkranken, bei Schwachsinnigen mit ihrer mangelhaften Triebkraft des Herzens, gegen Lähmungen, bei Bettnässen und bei allerlei Stauungszuständen in Anwendung gezogen werden können; d) Bäder mit Zusätzen (Minerale, Moor, Fichtennadel u. dgl.); e) Duschen, erstens für Wasser, nach dem erwünschten Wärmegrad regulierbar, zweitens für Dampf, drittens für Heißluft; f) elektrisches Schwitzbad und Heißluftapparat.

3. Das Operations- und Sprechzimmer mit nebenliegendem Wartezimmer. Das erstere ist mit Porzellanemaillefarbe gestrichen, bekommt das gleichmäßige Licht der Nordseite durch ein großes und breites Fenster, das mehr als ein Viertel der Bodenfläche Quadratfläche besitzt; es kann durch einen Rollfilzladen völlig verdunkelt werden. Abends wird es durch eine Zugschirmlampe, die mit vier 25-kerzigen Glühlichtbirnen armiert ist, beleuchtet; es ist

ferner ausgestattet mit einer Stehlampe (Nernstbrenner, durch Kurbel in der Höhe, durch Schienen in der Tiefe leicht verstellbar) zum Zwecke der Nasen-, Rachen- und Ohrenuntersuchungen; mit einem fahrbaren elektrischen Tisch, der Galvanisation, Faradisation. Kaustik und Endoskopie ermöglicht; mit Bratz'schem Operationstisch, und mit allen für kleine Chirurgie, Nasen-, Mund-, Rachen- und Ohrenheilkunde nötigen diagnostischen und therapeutischen Instrumenten. Über dem Operationszimmer im Obergeschoß liegt das Laboratorium, ausgestattet mit Zeiss'schem Mikroskop, photographischem Rüstzeug, anthropometrischen Instrumenten und einigen psycho- und physiologischen Apparaten. In dem Operationszimmer der Infektionsabteilung steht ein eiserner Operationstisch nach Hermes, für Kehlkopfschnitt besonders geeignet; dasselbe Zimmer kann eventuell als Dampfraum für Diphtherische benutzt werden.

4. Die Lüftungsanlage mit Frischluftzuführung, Filtration und Erwärmung derselben und Abführung derselben durch Abluftkanäle. Außerdem haben alle Fenster und Türen obere Klappfenster mit bequemer Zugeinrichtung.

5. Ein großer Budenberg'scher Desinfektionsapparat im Kellergeschoß des Infektionsabteils gelegen mit Zugangsraum und Spültrog für infizierte bzw. zugleich stark beschmutzte Wäsche auf der einen Seite, mit einem Raum für die desinfizierte Wäsche auf der anderen Seite des Apparates und mit beide Räume verbindender Badestube für den Desinfektor.

6. Der Sektionsraum mit drehbarem Marmortisch und Spültrog (Warm- und Kaltwasserleitung) für Instrumente usw., anschließend Leichenkammer und Aufbahrungsraum. Der Einbau dieser Räume in das Kellergeschoß des Krankenhauses läßt sich damit rechtfertigen, daß man in einer Anstalt, die wie die hiesige, nicht der Pflege von Idioten, sondern der Erziehung und Heranbildung Schwachsinniger und Blinder dient, auf eine relativ geringe Zahl von Todesfällen gerechnet hat und daher ein besonderer Bau zu kostspielig geworden wäre, zumal wenn berücksichtigt wurde. daß solche Bauten, wenn sie nur selten benutzt werden, weit stärkerer Verwitterung unterliegen.

7. Die Abwässer des Krankenhauses inkl. Klosettwässer gehen in eine Sammelgrube, in der sie vor ihrer Abführung in das Anstaltsschleusennetz einer besonderen, täglich erfolgenden Desinfektion mit Kalkmilch unterworfen werden.

Die gebrauchten Verbandstoffe werden in einem kleinen runden Ofen, mit oberer Einschüttöffnung vernichtet.

Bisher hat sich die Einrichtung des Krankenhauses, zumal der Lazarettabteilung, bewährt. Die Schwierigkeit des Bauprojektes, das zum größten Teil nach Verfassers Angaben entstanden ist, bestand darin, auf einem relativ kleinen Raum der Vielgestaltigkeit des Krankenmaterials (Blinde, Schwachsinnige, Erwachsene, Kinder, männlich, weiblich) gerecht zu werden, die Empfindlichkeit der erwachsenen Blinden gegen das oft laute Gebahren der schwachsinnigen und blinden Kinder zu berücksichtigen und dabei dem Personal, das aus 3 Pflegerinnen, 1 Pfleger und 1 Hausmädchen besteht, die Übersicht nicht zu sehr zu erschweren. — Ob sich die Infektionsabteilung, die ja gewissermaßen ein besonderes von der Lazarettabteilung völlig geschiedenes massives Haus ist, bewähren wird, kann erst die Zukunft lehren, da Infektionskrankheiten im ersten Jahre des Bestehens der Anstalt keine große Rolle gespielt haben. — Verf. hat seinerzeit für Aufnahme von infektiösen Kranken den Barackenbau befürwortet und empfiehlt diesen, weil billiger, auch generell für Neubauten ähnlicher Anstalten. Eine langgestreckte Baracke für 40 Betten mit mehrfach geschiedenen Abteilungen wird auch bei einer großen Kopfzahl der Anstalt und so verschiedenartig Verpflegten, wie sie hier in einer Anstalt vereinigt sind, wenigstens bei den schwereren Infektionskrankheiten wie Typhus, Cholera, Scharlach, Diphtherie, wohl stets genügen. Bei den Seuchen, die wie Masern und Influenza, im Sturm über eine größere Zahl der Anstaltsinsassen herfallen, wird man das Krankenhaus oder, wenn auch dies nicht mehr genügt, ein Wohnhaus zu Hilfe nehmen dürfen, wie es ja auch hier eventuell nötig wird, da die Infektionsabteilung nur 30 Krankenbetten besitzt. Die jetzige Einrichtung bietet den Vorteil, daß bei Platzmangel in der Lazarettabteilung die Infektionsabteilung zu jener geschlagen werden kann. Dann wird natürlich ein Barackenbau nötig.

Während man die Seuchenbaracke natürlich stets möglichst von den anderen Gebäuden abrücken wird, empfiehlt es sich nicht, das Krankenhaus zu entfernt zu stellen. Es muß leicht von allen übrigen Gebäuden zugänglich und darf nicht exponiert liegen. Hier mußte es infolge seiner Verbindung mit dem Infektionsgebäude sehr abgerückt werden, und da es an höchster Stelle auf dem an sich den Winden sehr zugänglichen Anstaltsgebiet liegt, so ist der Zugang namentlich im Winter und in den Übergangszeiten für katarrhalisch Kranke und die vielfach sehr schwächlichen Verpflegten zuweilen recht erschwert und kann schädlich wirken.

Wenn Verf. nach dieser Besprechung der äußeren Einrichtungen

der sächsischen Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige nunmehr auch auf den Betrieb der Blindenabteilung etwas eingeht, so geschieht es 1. weil diese Einrichtungen auch den Neurologen und Psychologen in mancher Hinsicht interessieren dürften, zumal wenn er noch keine Gelegenheit gehabt hat, eine Blindenanstalt eingehender zu besichtigen; 2. die von der sächsischen Blindenanstalt organisierte Entlassenenfürsorge in weiteren Kreisen nicht bekannt sein dürfte. und sie doch namentlich in Analogie der Fürsorge für entlassene Geisteskranke mutatis mutandis vielen Psychiatern vielleicht von Wert sein könnte; 3. weil sich aus dieser Besprechung eine Würdigung der inneren Gründe ergibt, die seinerseit neben den eingangs erwähnten äußeren Gründen wahrscheinlich zu dem Vorschlage geführt haben, eine Blindenanstalt mit einer Schwachsinnigenanstalt zusammenzulegen.

Was die sächsische Staatsregierung hier organisiert hat, ist ein Novum und ein Versuch, auf dessen Gelingen sich schon deswegen vielfach die Augen richten werden, weil in der Folgezeit wahrscheinlich mehr staatliche Anstalten für Schwachsinnige geschaffen werden, und dann namentlich in solchen deutschen Bundesländern, die kleiner sind wie Sachsen oder wenig größer, eine ähnliche Verquickung derselben mit andersartigen Anstalten erwogen werden könnte.

A. Die Blindenanstalt.

Wie die Schwachsinnigenanstalt eigentlich Blöde und Bildungsunfähige nicht aufnimmt, so tut dies auch die Blindenanstalt nicht; aber sie muß wie jene oft mit außerordentlich geringen geistigen und körperlichen Anlagen der Neuaufgenommenen anfangen und mit allen Hilfsmitteln eine Kräftigung und Erziehung beider anstreben. Sind dort die zentralen Nervenanlagen in Gesamtheit geschädigt und funktionieren infolgedessen alle Perzeptions- und Aktiongsorgane mangelhaft, so ist auch hier infolge der Verkümmerung eines Hauptsinnesorganes, des Gesichtssinnes, die geistige und körperliche Entwicklung sehr zurückgeblieben oder infolge unzweckmäßiger Erziehung vernachlässigt worden. Solche Kinder befinden sich zuweilen in hilfloserem Zustand wie kleine Schwachsinnige. Verzärtelung durch die Mutterliebe, falsches Mitleid ihrer häuslichen Umgebung hat ihnen bisher alle Handgriffe, z. B. beim An- und Ausziehen, beim Essen und Trinken, abgenommen, hat sie, damit sie sich nicht stoßen oder Gegenstände umwerfen und sich dadurch

gefährden, in der Sofaecke oder dergleichen isoliert. Mangelhaftes Nachdenken gab ihnen ungeeignetes Spielzeug in die Hand, mit dem sie wegen fehlenden Anschauungsvermögens nichts anfangen können. So sind diese kleinen Blinden zur Untätigkeit verurteilt worden, sie hängen Träumereien nach oder langweilen sich und lenken daher ihre Aufmerksamkeit auf das Nächstliegende, ihren eigenen Körper; fangen an ihn zu betasten und mit ihm zu spielen, wodurch die üblen Angewohnheiten des Augenbohrens, Nägelkauens und Masturbierens entstehen. Je älter blindgeborene oder in frühester Jugend blind gewordene Individuen in solcher falschen Erziehung werden, desto mehr veröden sie, desto weniger vermag die Anstalt aus ihnen brauchbare Menschen zu machen. Es sind Fälle beschrieben, wo erwachsene Blinde trotz ursprünglich normaler Intelligenz nicht mehr gelernt haben ohne Hilfe zu essen, bei denen die Muskeln zu schwach geworden waren, um einfache Ortsbewegungen auszuführen, die deshalb freudlos und hilflos dahingelebt haben, sich und anderen zur Last, um schließlich als Opfer meist der Tuberkulose zu fallen. Können solche krasse Fälle heute wenigstens hierzulande nicht mehr vorkommen, weil das Gesetz auch für Blinde den Schulzwang setzt, so ist es doch meist die höchste Zeit, wenn die Kinder vom 6. Jahre ab in die Anstalt aufnahmefähig sind, daß eine spezialistische Erziehung ihre Hebel an Geist und Körper des kleinen Blinden legt.

In der untersten oder 8. Klasse der Blindenschule, hier auch Kindergarten genannt, muß also bei vielen mit dem Einfachsten begonnen werden, damit sie möglichst bald auf eigene Füße gestellt werden, d. i. analog dem, was auch bei den Schwachsinnigen immer das erste mit sein muß, dem Selbstbedienen. Dazu gehört das Knüpfen von Bindfaden, das Binden von Schleifen, das Auflösen von Knoten, das Aufknöpfen, Aufhefteln u. a., was bei mangelndem Gesichtssinn und fehlendem inneren Schauen infolge des in der bisherigen Erziehung vernachlässigten Tastsinnes im Anfang ganz erhebliche Schwierigkeiten setzt ebenso wie die zweckmäßigsten Bewegungen beim Essen und Trinken, damit nicht Tische, Kleider u. dgl. beschmutzt und Sehende durch den Anblick schlechter Gewohnheiten beleidigt werden. Das Anziehen der Stiefel und Strümpfe, das Glätten und Ordnen der Kleider, der Betten, das selbständige Abräumen und Reinigen des Geschirres will oft geübt sein, soll das blinde Kind bald die Vertrautheit mit seiner Umgebung gewinnen, die im späteren Leben eine Bedingung zum Wohlbefinden unter sehenden Menschen ist.

Der Anschauungsunterricht vertieft und erweitert die in den praktischen Übungen gewonnenen Vorstellungen, indem er besonders Tast- und Hörsinn erzieht. Eine besonders feine Sinnesübung ist das Unterscheiden von Geld nach dem Klang des auffallenden Stückes und dem Gewicht desselben, da ja vielfach zur Unterscheidung nicht die Betastung des Randes genügt; ferner das Hören auf den veränderten Schall z. B. beim Einschenken eines Glases, was ja beim Essen von besonderer Wichtigkeit wird, das Auffallenlassen und Unterscheiden beliebiger Gegenstände, das Abschätzen der Länge, Breite und Höhe größerer Dinge durch Spannen der Hand. Form-, Maß- und Zahlbegriffe können nun nicht besser geweckt und auf ihre Richtigkeit geprüft werden, als wenn das blinde Kind zur Selbstdarstellung der getasteten Gegenstände angeregt wird. Das geschieht durch Verbinden von Hölzchen mit aufgequollenen Erbsen oder Korke, wodurch sich viele geometrische Formen, ferner Würfel, Häuser u. dgl. gestalten lassen, durch Arbeiten mit Ton oder Plastulin, durch Ausnähen vorgestochener Figuren, durch Falten von Blättern und durch Bauen mit dem sogenannten Perlenbaukasten, bei dem ein zu leichtes Einstürzen bei unvorsichtigen Berührungen durch den Blinden dadurch verhütet wird, daß die Hölzchen mit Löchern oder Zapfen versehen sind. Perlenreihen, Sortieren, Flechten fördern neben der Übung der Fingergeschicklichkeit die Zahlvorstellungen und die Bewegungsspiele, besonders wenn sie mit Rhythmisierung, Zählen und Gesang in geeigneter Weise verbunden werden, den Zeitsinn. Täglich ist eine Stunde und mehr diesen Bewegungsspielen gewidmet, die abgesehen von den Lustgefühlen, die jede Bewegung, besonders wenn sie von Gesang oder rhythmischer Musik begleitet ist, erweckt, ihnen lehren sich über die jeweilige Lage im Raum zu orientieren und die Bewegung von Armen und Beinen koordinieren. Fingerspiele und Handgymnastik befördern die Kraft, Gelenkigkeit und Tastschnelligkeit in Finger und Hand. — Im freien Spiel auf dem Spielplatze sieht man sie dann gegenseitig sich im Wagen fahren, schaukeln, haschen, ja sogar Kegel spielen und Stelzen laufen. Bald wird ihr Bewegungstrieb sogar so stürmisch, daß ihm gewehrt werden muß. Sie drängen, alle Vorsicht außer acht lassend, die Treppen hinauf und hinunter und vergessen, daß ihnen unvermutet Hindernisse und Fährnisse auch auf ihnen bekanntem Grund und Boden in den Weg treten können.

Bei vielen kleinen Blinden sind die Fortschritte zuweilen so rasche, daß auch schon in der untersten Abteilung eigentliche Schulstunden wie Rechnen und Gedichtserklärungen gegeben werden können.

Relativ groß ist freilich der Prozentsatz der Schwachsinnigen unter den Blinden (siehe später), was nicht wundernimmt, wenn man mit neurologisch-psychiatrischem Auge die Ursachen der jugendlichen Blindheit mustert. Diese schwachsinnigen Blinden sucht man in drei Hilfsklassen zu fördern, deren Lehrpläne bis auf die stärkere Inanspruchnahme des Tastsinns einen wesentlichen Unterschied gegen diejenigen in Schwachsinnigenanstalten nicht zeigen. Es werden hierneben die Wochenpläne der I.—III. Hilfsklasse und des Kindergartens (Ki.) beigefügt.

Auffallen könnte hier die große Zahl der täglichen Stunden. Man muß aber bemerken, daß zwischen geistig anstrengenderen immer solche liegen, die mehr die Hand in Anspruch nehmen und mehr als der Erholung dienendes Spiel betrachtet werden können. Ferner ist bei den schwachsinnigen noch mehr wie bei den normalgeistigen Blinden zu berücksichtigen, daß sie, da ihnen einer der Hauptsinne und damit ein hauptsächlicher Faktor der Anregung fehlt, immer beschäftigt und durch die offenen Sinnespforten angeregt werden müssen, da sie sonst leicht der Abstumpfung und Langeweile verfallen. Daher werden auch Stunden im Lesen und Schreiben gehalten, nicht in der Meinung, den Schwachsinnigen damit ein Rüstzeug für das Leben zu geben, wie dies die Beherrschung der Schrift für den Normalgeistigen ist, sondern weil die Erlernung der Punktschrift an sich ein Übungsmittel *κατ' ἐξοχήν* des Tastsinns und somit des Zentralorgans ist.

Es ist verständlich, daß die schwachsinnigen Blinden nur selten die Hälfte der Erwerbsfähigkeit normalgeistiger Blinder erwerben. Für das Leben in der Freiheit sind sie noch weniger wie Schwachsinnige geschaffen. Hier kann das Ziel der Anstalt also nur sein, sie körperlich, geistig und technisch so weit auszubilden, daß sie einmal in einem Blindenasyl kein pflegebedürftiger Ballast sind, sondern auch da noch durch leichtere Korbmacherarbeit, Rohrstuhlflechterei oder Rohrweberei einen Beitrag zu ihrer Unterhaltung liefern oder wie die weiblichen Schwachsinnigen durch Hausarbeit sich den anderen nützlich machen können. Es ist schon etwas gewonnen, wenn sie draußen nicht zur Last fallen oder ihre schweren Defekte durch Heiraten oder Mißbrauchtwerden vererben, oder in Armen- und Siechenhäusern in einer meist fühllosen Umgebung ein kummervolles Leben führen müssen. — Blöde Blinde sollte man in Irrenpflegeanstalten unterbringen.

Über dem Kindergarten, bzw. der VIII. Klasse, stehen sieben Klassen, in denen das blinde Kind den Unterricht einer gehobenen

Volksschule — natürlich ohne fremde Sprachen — genießt. In den einzelnen Klassen werden Mädchen und Knaben gemeinsam unterrichtet; selten sind mehr als 15 in einer Klasse, während die Hilfsklassen meist nur 8—10 Schüler haben. Diese geringe Schülerzahl ermöglicht eine intensive Beschäftigung des Lehrers mit dem ein-

	Montag	Dienstag	Mittwoch
8—3/4 9	Ki. Anschauung I Bibl. Geschichte II } Anschauung III }	Anschauung Kn.: Turnen M.: Stricken	Anschauung Rohrstuhlflechten Bibl. Geschichte Anschauung
9—3/4 10	Ki. Tonen I Korkarbeit II Bibl. Geschichte III Modellieren	Turnen Bibl. Geschichte Schreiben Kettenreihen	Tonen Lesen Lesen Schreiblesen
10—3/4 11	Ki. } I } II } Rechnen III }	Gedichtserklärung } Deutsch Bauen	} Rechnen
11—3/4 12	Ki. Bewegungsspiel I } II } Gesang III }	Ausnähen Holzarbeiten Lesen Bibl. Geschichte	Turnen Modellieren Heimatkunde Selbstbedienen
2—3/4 3	Ki. Flechten I Kn.: Turnspiel II } M.: Stricken III }	Bewegungsspiel Schreiben Holzarbeiten Ausnähen	} Spaziergang
3—3/4 4	Ki. Bewegungsspiel I II III	Beschäftigung	} freie Beschäftigung
1/2 5—1/2 6	Ki. I Rohrstuhlflechten II III	Rohrstuhlflechten	Flechten } Selbstbedienen
1/2 6—1/2 7	Ki. I II III		} Flechten

zelnen und gestattet, ihm eine Schulbildung mit in das Leben hinaus zu geben, die ihm dort, wenn sonst seine Charaktereigenschaften gute sind, wenigstens in kleinerem Kreise eine geachtete Stellung und eventuell auch anregenderen Verkehr verschaffen wird.

Der Unterschied gegen den Unterricht in der Schule für Sehende

Donnerstag	Freitag	Sonnabend
Anschauung Bibl. Geschichte }Flechten	Anschauung Kn.: Turnen M.: Stricken	Anschauung I II }Selbstbedienen
Bauen Modellieren Bibl. Geschichte Fröbelflechten	Turnen Bibl. Geschichte }Anschauung	Bewegungsspiel }Anschauung Schreiblesen
Sortieren Anschauung Modellieren Schnitzen	Rechnen }Deutsch Schreiblesen	Ausnähen }Rechnen
Kettenreihen Korb- und Flechtarbeit Modellieren Vorlesen bzw. Erzählen	Selbstbedienen Bibl. Geschichte Schreiben Modellieren	Turnen Lesen Rohrstuhlflechten Anschauung
Flechten Kn.: Bad M.: Turnen	Flechten Schreiben }Flechten	}Gesang
Gesang Korb- u. Flechtarbeit Ausnähen Schreiblesen	Falten Heimatkunde }Flechten	
	}Turnen	

wird dem Fernstehenden am klarsten in der Methode den Blinden Zeichnen, Geometrie, Natur- und Erdkunde zu geben. In der Naturkunde dient die Betastung der Gegenstände selbst oder bei einer gewissen Größe, wenigstens von Teilen derselben (Baum: Rinde, Stamm, Blätter, Zweige, Wurzeln) oder kleiner handlicher Modelle zur inneren Anschauung; in der Erd- und Heimatkunde werden Reliefkarten benutzt, die dem tastenden Finger die Flüsse in Form von Fäden oder Rinnen, die Ortschaften in erhabenen Punkten von verschiedener Größe, die Berge in Niveauerhebungen anzeigen. Die im theoretischen Unterrichte gewonnenen Anschauungen werden sofort praktisch befestigt, durch Herstellen von Karten, durch Ausnähen vorgestochener Grenzen und Aufkleben von Fäden und Stecknadelköpfchen auf Karten. So sammelt das blinde Kind in Form eines selbstgefertigten Atlas meist bessere Kenntnis in der Geographie als Sehende. In ähnlicher Weise kann Geometrie und Zeichnen, durch Auflegen von Wachsfäden auf gummierte Pappe betrieben werden, nachdem schon vorher durch Einziehen von Rohrfäden in Rahmen, ähnlich wie man sie beim Rohrstuhlflechten braucht, die hauptsächlichen geometrischen Formen bekannt geworden sind. Im Tonen oder Modellieren, das im Unterricht bis zur ersten Klasse herauf eine Hauptrolle spielt, werden nicht nur die regelmäßigen Raumformen, sondern auch alle Lebensformen nachgebildet, die im systematischen Unterrichte besprochen und befühlt worden sind. In hiesiger Sammlung sind eine Menge geradezu künstlerischer Nachbildung von Blumen, Tieren, die wie Krebse eine ganz besonders feine Gliederung besitzen, und dergleichen von Blindenhand gefertigt, die ein gleichgeschickter Sehender kaum besser ausführen könnte. Ja es läßt sich sogar sagen, der Blinde schaut durchschnittlich in solchen Dingen mit dem Tastsinn besser an, als der Sehende mit dem Auge; vielleicht deswegen, weil er aufmerksamer auf seine Tastgegenstände und Hörreize ist, weil er nicht wie der Sehende durch die vielen Eindrücke, die gleichzeitig das Auge treffen, zerstreut und beständig abgelenkt wird. Deswegen braucht er auch mehr Unterricht und mehr nützliche Anregung, soll nicht seine Phantasie taube Blüten treiben; deswegen bemerkt er in der Musik feinere Unterschiede und versteht die Empfindungen des Tondichters besser zu deuten, ohne im Grunde musikalischer veranlagt zu sein, als der Sehende. Deswegen ist auch die Pflege des Gesangs bei dem der Schule entwachsenen Blinden, die hier einem Künstler übertragen ist, ein dankbares Feld, aus dem dem Blinden eine Fülle ästhetischer Empfindungen erwachsen.

Zweifellos das wichtigste Bildungsmittel aber ist die Schrift; denn sie setzt den Blinden nicht nur in den Besitz des wichtigsten Verkehrsmittels, sondern sie erschließt ihm auch die Schätze der Literatur, wenigstens soweit diese in Punktschrift vorhanden ist, und gestattet ihm damit sich von der Arbeit zu erholen, zu erbauen und weiter zu bilden. Eine reichhaltige Bibliothek in Punktschrift leiht ihre ziemlich kostspieligen Schätze nicht nur den Verpflegten der Anstalt, die man auch, wenn sie aus den niederen Ständen stammen, viel in den Klassikern studieren sieht, sondern auch den draußen im Kampfe ums Dasein streitenden Entlassenen aus.

Mit der Erlernung der Punktschrift wird zeitig, d. h. schon in der zweituntersten Klasse begonnen, weil das Tastgefühl beizeiten geübt werden muß, wenn die Blinden flink Lesen und Schreiben lernen sollen. Spät Erblindete und Sehende erlernen nur bei Aufwendung von großer Energie die Blindenschrift mit dem Tastorgan. Viele erklären sehr bald, das Tasten der Punkte strenge sehr an, rufe bald Schmerzen in den Fingerspitzen hervor und versetze den ganzen Körper in einen nervösen Reizzustand. Bei denjenigen, die es zeitig gelernt und fleißig geübt haben, dagegen geht das Lesen der Punktschrift bald ebenso rasch wie bei Leuten, die die einzelnen Worte mit den Augen lesen und nicht gerade überfliegen. — Wie bekannt besteht die BRAILLE'sche Punktschrift aus der Variation der Stellung von 1—6 Punkten, durch die man sämtliche Buchstaben, Satzzeichen und Ziffern darstellen kann. Die einzelnen erhabenen Punkte stehen etwas über 2 mm auseinander, also ungefähr an den Endpunkten des Durchmessers eines Fingerbeerentastkreises (2 mm). Dient die Punktschrift besonders dem Schulunterricht, dem Geschäftsbetrieb (Notizen der Blinden in die eigenen Geschäftsbücher) ferner dem schriftlichen Verkehr der Blinden unter sich und mit der Anstalt, so wird die sogenannte HEBOLD-Schrift angewendet, wenn die Blinden mit sehenden Personen, die die Punktschrift nicht kennen, schriftlich verkehren wollen. Sie besteht aus den römischen Initialen, die mit Bleistift in die Fächer des BRAILLEschen Linials auf der glatten Unterlage derselben Schreibtafel, die zur Herstellung der Punktschrift dient, eingezeichnet werden. Endlich gibt es für diejenigen spät Erblindeten, die früher die Kurrentschrift gelernt haben, noch Papptafeln mit Zeilenmarkierungen, die den Weitergebrauch dieser Schrift im Verkehr mit Sehenden erleichtern.

Die Blindenanstalt ist eine Volksschule für blinde Kinder, verbunden mit einer gewerblichen Unterrichtsanstalt. Hat die Schule

in erster Linie die Pflicht dem blinden Kind das Maß von Kenntnissen und allgemeinen Erfahrungen mitzugeben, deren es unbedingt benötigt, wenn es seine Invalidität draußen als nicht zu großes Hemmnis empfinden soll, so bildet die gewerbliche Unterrichtsanstalt den der Schule entwachsenen Blinden oder den spät Erblindeten in einem für ihn geeigneten Berufe derartig aus, daß er sich mit etwas Unterstützung seitens der Anstalt seinen Lebensunterhalt ohne zu große Schwierigkeiten und Sorgen selbst erwerben kann. Eine wichtige Vorbereitung auf diese gewerbliche Ausbildung war schon der Handfertigkeitsunterricht in der Schule. Die Technik des Rohrstuhlbeziehens, Schilfflechtens, in den Anfängen des Korbflechtens und in Holzarbeit bringt der in der Blindenschule Erzogene bereits in die Werkstätte mit, wo er bei einigermaßen leidlicher geistiger Beanlagung in 6 Lehrjahren nicht nur „grüne“, sondern auch weiße Korbmacherarbeit so lernt, daß er mit sehenden Konkurrenten fortkommt, wenn er auch durchschnittlich nie so schnell arbeiten lernt wie diese. Von den spät Erblindeten, denen die feine Ausbildung des Tastsinns fehlt, zumal wenn sie früher einen ganz anderen Beruf getrieben haben, erlernt nur ein Teil die „weiße“ Arbeit; bei manchen muß man sich ebenso wie bei den Schwachsinnigen nur mit der Anlernung des Rohrstuhlbeziehens und der Schilf-, Rohr- und Strohflechtereien begnügen. Immerhin muß man sich wundern, wie viele Tabetiker es noch zu einiger Fertigkeit im Korbmachen bringen. Ein zweckmäßig angelegtes Werkstättengebäude gestattet eine Differenzierung der verschiedenen Vorbereiteten und verschiedenalterigen Blinden. Es enthält 1. im Kellergeschoß einen großen Weichtrog für grüne Weiden, einen Schwefel- und einen Färberaum für weiße (geschälte Weiden), 2. im Erdgeschoß einen großen Werkstättensaal, für jüngere schulentlassene Blinde einen kleinen anliegenden Weichraum, ein Handfertigkeitszimmer für schwachsinnige Blinde, und Nebenräume; 3. im Obergeschoß einen großen Werkstättensaal für ältere Blinde, ein Vorrats- und Ausgabezimmer und Nebenräume wie im Erdgeschoß; 4. in dem zweiten Teile des Gebäudes, der auch die viel Platz beanspruchende Blindenbibliothek beherbergt, zwei Handfertigkeitszimmer für Holzarbeiten, Schnitzunterricht und Vorbereitungen im Korbflechten für blinde Knaben.

Die Seilerei, die früher mit Vorliebe von Blinden betrieben wurde, ist in dem letzten Jahrzehnt immermehr zu einem fabrikmäßigen Betrieb geworden, so daß in der Seilerei ausgebildete Blinde hier kaum konkurrieren können. Auch ist die Ausrüstung

für einen Seiler, im Vergleich zu der eines Korbmachers, außerordentlich kostspielig. Es besteht zwar hier eine Seilerbahn (siehe Lageplan 19), in der auch einige ältere Blinde arbeiten, somit auch die Gelegenheit zur Anlernung des Gewerbes; zurzeit werden aber keine angelernt.

In den letzten Jahrzehnten ist dagegen der Beruf des Klavierstimmers immer beliebter geworden und daher auch Vorsorge zur Erlernung desselben getroffen worden. Die musikalisch veranlagten Blinden eignen sich wegen ihres feinen Gehöres ganz besonders dazu; das fehlende Sehorgan kommt hier nicht so sehr in Betracht, daß Sehende von der Nachfrage vorgezogen würden.

Gerade das fehlende Sehorgan hat man als einen Vorteil angesehen, den blinde Masseure gegenüber Sehenden, im Hinblick auf das Schamgefühl der Massierten, haben. Bekanntlich ist in Japan die Massage ein Blindengewerbe. Hierzulande hat sich aber bei diesbezüglichen Versuchen gezeigt, daß namentlich die Ärzte, Sanatorien und Badeanstalten sehende Masseure vorziehen, weil diese auch zur Herrichtung von Bädern und anderen Arbeiten zu gebrauchen sind, wozu sich der Blinde nicht eignet. Weiter aber ist die Massage nicht wie jetzt in Japan und früher in Italien und Griechenland ein Gegenstand allgemeinen Bedürfnisses; daher geringe Nachfrage und schlechter Verdienst, wenn auch die Einzelleistung relativ gut bezahlt wird. Gleich ungünstige Erfahrungen hat man früher mit der musikalischen Ausbildung Blinder gemacht. Gewönlich glaubt man, der Blinde sei musikalischer veranlagt als der Sehende. Es finden sich aber Talente unter jenen nicht häufiger wie unter diesen. Nur lernt der musikalisch veranlagte Blinde mit größerer Konzentration und daher schneller und hört infolge schärferer Umgebung des Gehörs feiner. Dieser Vorteil kommt aber schon gegen den Nachteil, daß er die Drucknoten nicht lesen kann, sondern nur eventuell die schwer erlernbare Punktnotenschrift beherrscht, in der naturgemäß nur wenige Werke vorhanden sind, nicht in Betracht. In der Anstalt funktioniert allerdings ein Blinder als Organist in der Kirche, und als Musiklehrer, sowohl für Klavier wie Intrumentalunterricht für die musikalisch veranlagten Blinden. Das ist aber eine Ausnahme. Sonst dürften blinde Musiklehrer oder Musikanten nur schwer ihr Fortkommen finden. Blinde Musikanten waren früher, als in Deutschland die Blindenfürsorge noch nicht so ausgebildet war als jetzt, eine sehr häufige Straßen- und Jahrmarktserscheinung, wie man ihnen auch jetzt noch im Nachbarlande Böhmen beinahe an jeder Wegekreuzung in schöner Gegend be-

gegnet; ein trüber Beweis dafür, daß dort die Entlassenenfürsorge nicht auf der Höhe steht. Wenn in hiesiger Blindenanstalt trotzdem auch Instrumentalmusik erlernt werden kann, so geschieht dies in erster Linie, um den Blinden ein Mittel in die Hand zu geben, sich nach getaner Tagesarbeit an Musik zu erholen und zu erbauen, in zweiter Linie, damit er sich bei gegebener Gelegenheit einen Verdienst erwerben kann. Namentlich in kleineren Gemeinden werden bei vielen Anlässen ernster und freudiger Natur Kräfte gebraucht, die ein Instrument spielen können. Dazu ist die Anstaltskapelle, die auch bei Festlichkeiten aufspielt, eine geeignete Vorbereitung.

Noch enger als für die männlichen Blinden ist der Berufskreis für die weiblichen. In Sachsen hat sich als geeignetste Beschäftigung die Bürstenbinderei erwiesen. Außerdem lernen sie Rohrstuhlbeziehen, Fertigen von Fußabstreichern und nicht, um damit zu verdienen, sondern damit sie möglichst ohne fremde Hilfe auskommen können, alle Hausarbeiten, wie Nähen, Stricken, Häkeln, Stopfen, Säumen, Aufwaschen, Wäschewaschen, Fensterputzen, etwas Kochen, Feueranzünden und dergleichen Arbeiten, die beim Blinden eine ganz bedeutende Übung erfordern, wenn sie mit Akkuratesse ausgeführt werden sollen. Übrigens werden auch die männlichen Blinden zur exakten Erlernung einiger auch für sie nötiger Hausarbeiten angehalten.

Das Werkstättengebäude für weibliche Blinde (Lageplan 21c) enthält neben den großen Lager- und Verkaufsräumen im Erdgeschoß, und den Vorratskammern im Dachgeschoß, folgende Räumlichkeiten im Obergeschoß:

1 Saal für Bürstenmacherei, 1 Lehrraum für Anzulernende, 1 Zurichteraum für Gelernte, 1 Material-, 1 Holz-, 1 Pechraum, sowie Nebengelasse.

Vor Beendigung der Lehrzeit, also bei den jugendlichen durch die Anstalt gegangenen Blinden meist im 18.—20. Lebensjahr, wird noch ein Fortbildungsunterricht gegeben, in dem die zur Geschäftsführung wichtigsten Kapitel der Volkswirtschaftslehre, die Buchführung, geschäftliche Aufsätze, Annoncen, Bestellungen neben der Übung einer hochdeutschen Aussprache, der Lese- und Schreibkenntnisse geübt werden und auch etwas Literatur getrieben wird. Diese Hinausrückung der Fortbildungsschule auf ein so spätes Lebensalter hat den Zweck, daß ihren Zielen dann ein viel größeres Verständnis und Interesse entgegengebracht und daher mit großem Eifer gearbeitet wird. — Der Fortbildungsunterricht bei den Spät-

erblindeten muß sich natürlich viel niedrigere Ziele stecken; aber auch ihnen gibt er eine Menge Kenntnisse, die sie draußen nur schwer entbehren können, mit auf den Weg in den neuen andersartigen Lebensberuf.

Wichtig für die Orientierung im Raum ist die Beherrschung der Muskeln, namentlich ihre Hemmung bei entgegenstehenden Hindernissen, die Ausbildung des Lage- und Ortssinns und des Druckgefühles. Zu diesem Zwecke haben auch noch die erwachsenen Blinden Turnstunden und müssen sich auf Ausgängen üben selbständig den Weg zu finden. Man sieht sie dann zunächst unter Aufsicht vorsichtig mit dem Stock oder Schirm den Weg tastend Spazierübungen machen, Übergänge auch auf belebten Straßen nehmen, wobei ihnen ein fein ausgebildetes Gehör besonders gute Dienste leistet. Der Hautdrucksinn kann durch Übung so erhöht werden, daß Erblindete auch in einem ihnen fremden Zimmer ungefähr die Entfernung der Wände und die Höhe des Zimmers richtig abschätzen lernen; die meisten bringen es so weit, daß sie einen ihnen entgegenstehenden Gegenstaud in 1—2 m Entfernung bemerken. Namentlich Kinder lernen sehr bald z. B. bei Spaziergängen im Walde vermeiden sich zu stoßen. Eine besondere Freude ist es für viele, wenn sie erstmalig den Gang zur Sparkasse, der sie ihre Spargelder anvertrauen, gewagt haben. — Das Tanzen ist vielen nicht nur ein Vergnügen, sondern kann auch als gute Gymnastik und Übung der Orientierung angesehen werden. Dasselbe gilt vom Kegelspiel. Sogar Schießübungen können unter den nötigen Vorsichtsmaßregeln abgehalten werden, wenn die Höhe, Entfernung, Art des Zieles und der Auflage vorher vom Blinden genau geprüft werden. Auch Schach, Dame, Mühle auf entsprechend gearbeiteten Brettern mit abwechselnd vertieften Feldern dient in den Mußestunden als Unterhaltungsspiel. An Sonn- und Feiertagen werden Unterhaltungsstunden im größeren Kreise, gewürzt von Instrumental-, Gesangs- und deklamatorischen Vorträgen, abgehalten. Hier ist die beste Gelegenheit ästhetische Empfindungen wachzurufen oder weiter zu entwickeln, nach denen der Blinde mehr Verlangen trägt wie der Sehende, weil ihm der Genuß des Schönen in der Natur nur in ganz beschränktem Grade zuteil wird. Entsprechende Erklärungen der Grundgedanken, die in Gedichten und Musikstücken in Harmonien und Rhythmen enthalten sind, werden auch dem einfachen Gemüt die Regungen der menschlichen Seele offenbaren.

Man sagt, der Blinde wäre egoistisch, weil er das Unglück nicht sehen könne. Verf. glaubt mehr, daß er es deswegen mehr

ist, weil er rein somatisch sich selbst mehr „fühlt“, weil er sich bei dem Mangel einer Hauptsinnespforte mehr konzentrieren muß, um sein „Ich“ der Mitwelt gegenüber in möglichst günstige Daseinsbedingungen zu setzen. Dieser ganz gesunde Selbsterhaltungstrieb wird naturgemäß durch das Unsicherheitsgefühl, das auch den Sehenden im Stockfinstern beschleicht, gesteigert. Diesem Egoismus, der oft noch durch taktlose Reden der Umgebung über das Unglück der Blindheit gezüchtet wird und den Blinden veranlaßt, sich als Märtyrer der Menschheit zu fühlen und sich selbst zu überheben, kann nirgends besser als im Religionsunterricht, in dem dem jugendlichen Blinden die Idealgestalten der Bibel und deren tragische Geschicke vorgetragen werden, sowie im Gottesdienst und den Andachten entgegengetreten werden. Wenn dann auch noch wahre Religiosität den Geist der Lehrer, Beamten und damit der ganzen Anstalt durchzieht, wenn die Anstalt den Geist einer guten Familie und einen gewissen familiären Charakter, der leicht bei zu großen Anstalten verloren geht, wahrt, dann wird der Blinde als ein frohsinniger, sittlich gefestigter und arbeitsamer Mensch in das Leben hinaustreten und bald eine achtbare Stellung erringen.

Der Verkehr der erwachsenen männlichen und weiblichen Blinden innerhalb der Anstalt wird möglichst beschränkt, damit sich nicht Liebesverhältnisse für die Zeit nach der Entlassung anknüpfen. Denn es ist als ein Unglück für beide zu betrachten, wenn zwei Blinde sich heiraten. Die Gefahr der Vererbung des Übels liegt aber auch schon vor, wenn weibliche Blinde von Sehenden geheiratet werden, was ja im allgemeinen selten vorkommen wird. Jedenfalls beugt die Entlassenenfürsorge solchem vor, indem sie ihnen mit Entziehung der Unterstützung droht. Für blinde, besonders spät erblindete Männer ist es dagegen ja eine Wohltat, wenn sie noch eine Sehende als Frau bekommen.

Überschaut man diese ganzen Einrichtungen, so erkennt man den Vorteil gegen frühere Zeiten, wo man im besten Falle den Blinden lebenslang in der Anstalt versorgte. Dort mußte er ganz naturgemäß mit der Zeit ein unzufriedener Mensch werden, der nur aus Langeweile sich etwas beschäftigte, sonst aber mit der Welt haderte, die ihn, wenn auch nicht ohne Mitgefühl, vom freien Wettbewerb in die Versorganstalt oder gar in die Armenhäuser zurückstieß. Viele Blinde arbeiten jetzt draußen fast ganz auf sich gestellt, aber doch in der frohen Gewißheit, daß sie bei abnehmenden Kräften nicht ohne Hilfe sein werden und sich ihnen dann, wenn sie müde vom Kampfe des Lebens sind, doch eine Zufluchtsstätte

bieten wird. Manche wiederum, wie die körperlich und geistig Schwachen, bedürfen beständiger und weitgehender Unterstützung, um vor dem oben angedeuteten Lose bewahrt zu bleiben.

Ein reicher Fonds im Jahre 1843 aus den Spargroschen einer armen Waschfrau Dresdens hervorgegangen, jetzt durch die Anstaltsarbeit, durch häufige reiche Schenkungen und zweckmäßige Verwaltung zu der Höhe von fast 2 Millionen Mark angewachsen, ermöglicht es jedem entlassenen Blinden, der sich dessen würdig und bedürftig erweist, so ausreichend zu unterstützen, daß er vor Not und Sorge bewahrt bleibt. Er gestattet den aus der Anstalt zu Entlassenden mit dem ihm zu selbständigem Betrieb des erlernten Berufes nötigem Handwerkszeug, mit Kleidung und Wäsche zu versorgen, ihm durch die Direktion, die sich fortwährend auf dem Laufenden erhalten muß, Arbeits- und Unterkunftsstellen auszumitteln; er läßt den Vorstand der Anstalt die entlassenen Blinden in allen Teilen des Landes von Zeit zu Zeit besuchen, setzt Vertrauensmänner an Ort und Stelle ein, die sich beständig um den betr. Blinden kümmern können; er richtet Werk- und Verkaufsstellen ein, in denen Blinde arbeiten und für den Verkauf der von der Anstalt und den auswärtigen Blinden fertiggestellten Waren besorgt sein können. Fast alle Entlassenen beziehen ihre Arbeitsmaterial aus der Anstalt zu dem Engrospreis, den diese dafür bezahlt, und schicken ihre fertiggestellten Waren, sofern sie dieselben nicht preiswert im Orte verkaufen können, an die Anstalt zurück, die sie dann absetzt. — Es kommt immer wieder vor, daß die sehenden Konkurrenten scheel auf diese unleugbaren Vorteile ihrer blinden Berufsgenossen schauen. Sie müßten aber dabei immer bedenken, daß der Blinde ein Invalid ist, und wenn er auch manche Arbeit ebensogut wie der Vollsinnige ausführt, doch mehr Zeit zu allem braucht und beim Einkauf des Arbeitsmateriales eher Übervorteilungen ausgesetzt sind. Diese Nachteile sucht die Entlassenenfürsorge auszugleichen, und sie tut damit nichts anderes, als was das Gesetz der Invaliditätsversicherung durch Zahlung von Geld an durch Krankheit oder Unfall Geschädigte tut.

Die Erfahrungen, die an den Entlassenen und durch sie von der Direktion gemacht werden, dienen wiederum als Richtschnur für die Erziehung in der Anstalt und den weiteren Ausbau der Entlassenenfürsorge. Diese haben schon 1883 zur Gründung eines Asyls in Königswartha i. Lausitz geführt, in das solche Blinde aufgenommen werden, die sich im Leben ehrlich durchgeschlagen haben und ihre Versorgung als eine Wohltat empfinden oder nie zu völliger

bürgerlicher Selbständigkeit haben gebracht werden können. Auch dort aber wird noch gearbeitet und das Erträgnis fließt wieder in den Fonds.

Es gibt eine große Zahl von Stiftungen, die sich in Sachsen überhaupt mit Vorliebe der Blindenversorgung zuwenden. Ein Teil derselben ist dazu bestimmt, Freistellen zu unterhalten und damit Gemeinden oder bedürftigen Unterstützungspflichtigen die Zahlung des Verpflegbeitrages ihrer Blinden ganz oder teilweise abzunehmen; ein anderer Teil dient dazu den Anstaltsblinden Freude und Festvergnügen zu bieten.

Der Staat aber sorgt dadurch, daß er eine große Zahl Lehrer und Werkmeister angestellt hat und in keiner Weise Nutzen aus der Arbeit der Anstaltsblinden zieht, wie durch einen außerordentlich großen Zuschuß zur Verpflegung des einzelnen in hervorragender Weise für das Blindenwerk. Der Reinertrag der Blindenarbeit in der Anstalt fließt zu $^4/_5$ in den Entlassenenfonds; $^1/_5$ des wirklichen Arbeitsverdienstes wird dem lernenden Blinden ausbezahlt. Viele von ihnen sparen sich während ihrer 6—7 Lehrjahre ein kleines Kapital, das ihnen beim Anfang des Eigenbetriebes ein wertvoller Rückhalt ist.

Mit der Aufsicht im inneren Dienst der Blindenanstalt, mit der Fürsorge für die einzelnen Zöglinge wie für die Entlassenen ist ein Schuldirektor betraut, dem für den Schul- und Aufsichtsdienst in den Wohnhäusern 7 seminaristisch gebildete Lehrer, 1 Lehrerin und 1 Turn- und Handarbeitslehrerin zur Seite stehen. Außerdem sind angestellt 4 Werkmeister (1 Klavierstimmer, 1 Bürstenbinder, 2 Korbmacher), 1 Korbmacher- und 1 Bürstenbindergehilfe, 1 Oberpfleger, 1 Oberpflegerin, 9 Pfleger bzw. Hilfspfleger, 8 Pflegerinnen, 2 Hilfspflegerinnen, 1 Hilfswärterin, 2 Hausmädchen und 1 Inventararbeiter.

Zurzeit gibt es 89 Schulkinder, 53 Knaben, 36 Mädchen.

58	männliche Erwachsene	arbeiten in Werkstätten (hauptsächlich in der Korbmacherei),
8	„ „	als Klavierstimmer,
30	weibliche „	arbeiten in der Bürstenbinderei,
7	„ „	werden mit Handarbeiten beschäftigt.

Schwachsinnige Blinde sind in der Anstalt 20 Kinder, 6 Erwachsene, schwachsinnige Blinde sind im Asyl 11 männliche und 8 weibliche. Ferner sind im Asyl 28 männliche und 26 weibliche Blinde. Unterstützt werden 504 Blinde und zwar mit Beträgen von 10—240 Mk. das Jahr.

Die Zahl von 218 Anstaltsblinden ist auf fünf Wohnhäuser verteilt, so zwar, daß die späterblindeten erwachsenen männlichen bzw. weiblichen Blinden geschieden sind von den in der Anstalt aufgewachsenen Früherblindeten.

B. Die Schwachsinnigenanstalt.

Eine sehr ähnliche Entwicklung wie die Blindenanstalt, die schon seit einem halben Jahrhundert keine Pfleg- oder Versorganstalt, sondern für den ihrer Obhut Anvertrauten gewissermaßen ein zweites Elternhaus ist, das nicht nur für Erziehung und Ausbildung seiner geistigen und körperlichen Kräfte besorgt ist, das ihn nicht nur ein Handwerk lernen läßt, sondern ihn auch nach der Entlassung mit Rat und Tat stützt, haben auch die beiden Schwachsinnigenanstalten früher in Großhennersdorf und Nossen, jetzt in Chemnitz vereinigt, durchgemacht. Dazu mag der Umstand beigetragen haben, daß viele Lehrkräfte derselben durch die Blindenanstalt gegangen sind und viele ihrer Einrichtungen übernommen haben. Auch die Schwachsinnigenanstalt ist eine Schule und zwar eine Landeshilfsschule mit 6 Schulklassen, 4 Vorschulklassen und mit Fortbildungsschulklassen und Fortbildungsabteilungen für die dem Schulalter Entwachsenen, welche bezwecken, den letzteren eine ihrer körperlichen und geistigen Eigenart entsprechende, für das Leben in der Freiheit möglichst nutzbringende Tätigkeit anzulernen. Auch hier handelt es sich nicht um eine Versorg- oder Pflegeanstalt, in der Schwachsinnige ihr Leben lang bleiben; und wenn es auch zurzeit eine kleine Abteilung mit völlig bildungsunfähigen Idioten gibt und geben muß, weil immer einige Kinder der Anstalt zugewiesen werden, bei denen schlechterdings Erziehungsversuche ausgeschlossen sind, und auch immer einige aus den Vorschulklassen zu ihr abfallen, die anfänglich Besseres versprochen haben, so bleibt doch die hiesige Schwachsinnigenanstalt ebenso wie die Blindenanstalt eine Stätte der Erziehung und Heranbildung invalider Menschen, die, sobald als sie die Kenntnisse und Fertigkeiten, zu denen sie vermöge ihrer Beanlagung fähig sind, erlangt haben, oder nach ihrem Alter bzw. ihrer körperlichen Entwicklung der Anstalt entwachsen sind, entlassen werden.

Was nun die innere Organisation der Schwachsinnigenanstalt betrifft, ferner ihren Tagesplan, die Verköstigung, die Verpflegsbeiträge, die Erziehungsgrundsätze und die Entlassenenfürsorge, so wird auf Verf.'s zwei Artikel „Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge

im Königreich Sachsen" im Jahrgang 1904 der Allgemeinen Zeitschr. für Psychiatrie oder auf das Separatheft XV „Zur Pädagogik der Gegenwart", erschienen im Verlag von Bleyl & Kämmerer, Dresden 1904, verwiesen. — Verf. ergänzt die dortigen Ausführungen insonderheit in Hinsicht auf die Erziehung zur Arbeit, sowohl bei den Knaben wie bei den Mädchen, welch letztere seinerzeit überhaupt nicht berücksichtigt waren.

Die Erziehung zur Tätigkeit, speziell zur Selbsttätigkeit, ist der oberste Leitsatz bei allen Maßnahmen, die in Schule und Vorschule, in Haupt- und Neben-(Abschiebe-)Abteilungen zur Förderung der Schwachsinnigen getroffen werden. Der Reiz, der eins der Sinnesorgane eines hochgradig Schwachsinnigen trifft, muß ein starker und lustbringender sein, soll er nicht subkortikal im Sande verlaufen, sondern die Schwelle des Bewußtseins überschreiten. (Lehrer klingelt mit einer glänzenden Klingel, oder pocht mit einem kleinen Hammer auf den Tisch, oder läßt eine Kugel auf dem Tisch rollen.) Ein lustbringender Reiz erhöht den Stoffwechsel im Körper bzw. im Muskel; er erhöht die ergographische Kurve (s. FÉRÉ, Sensation et mouvement; Mosso, Die Ermüdung; Verf. dynamometrische Untersuchungen an Geisteskranken, Inaug.-Diss.). Der suggestive Reiz, der in der Bewegung der Klingel u. ä. seitens des Lehrers gegeben wird, findet geebnete Bahn vor; das Kind ahmt die Bewegung nach — selbst wenn es ein entsprechendes Geheiß „hebe die Klingel hoch, klingle" noch nicht aufzufassen imstande ist —, und wird nun durch das Tönen der Klingel und durch die gewonnenen Bewegungsvorstellungen mit weiteren Lustempfindungen erfüllt, die ihrerseits wieder und immer wieder die motorische Komponente auslösen. Die zweite und dritte und die weiteren Bewegungen des eigenhändigen Klingelns, Pochens, Ballens werden geschickter, planvoller, selbstbewußter (cum grano salis) ausfallen. Der Anschauungsunterricht muß also, nicht wie es früher die Regel war und jetzt noch häufig genug vorkommt, nur Anschauung bieten, sondern es muß zugleich Handlungsunterricht im weitesten Sinne sein. Der Eindruck muß sofort einen Ausdruck nach sich ziehen; und wenn bei dem Kinde spontan oder nachahmend eine Bewegung nicht zustande kommt, so muß nachgeholfen und eine passive Bewegung eingeleitet werden. Schließlich kommt es dann in den meisten Fällen doch zu einer aktiven Bewegung. Hat das Kind die Klingel eine Zeitlang bewegt usw., so tritt eine Ermüdung ein, die vom geübten Auge erkannt wird. — Der Eintritt der Ermüdung beim einzelnen schwachsinnigen Kinde ist nicht von solcher Be-

deutung wie beim normalen Kind. Das letztere arbeitet oft trotz Ermüdung weiter, das schwachsinnige Kind macht dagegen einfach nicht weiter mit; darauf führt Verf. es zurück, daß man so selten Ermüdungssymptome bei Schwachsinnigen findet. Wenn sich aber in der ganzen Abteilung ein Nachlaß der bei diesem Anschauungsspiel sich äußernden Lustempfindungen und Bewegungen zeigt, dann muß etwas anderes vorgenommen werden, das sich aber möglichst in demselben Anschauungsgebiet bewegen soll, damit nicht der Antrieb wieder verloren geht. So empfiehlt es sich z. B. Tonarbeit anzuschließen. Hier kann von den Kindern unter Vorzeigung der im Spiel benutzten Kugel eine solche geformt werden. Die die Stunde erteilende Person muß hier außerordentlich viel Geduld haben; überall muß sie helfen, hier ein anerkennendes, dort ein anspornendes Wort sagen und darf auch nicht zuviel den Kindern auf einmal beibringen wollen, z. B. gleichzeitig auf die Eigenschaften der verfertigten Kugel, geschweige denn auf die Zahl eingehen. Nur was schrittweise erworben wird, geht in den wirklichen Besitzstand des schwachen Kindes über.

(Schluß folgt.)

Bericht

über die Sitzung der seitens des Deutschen Vereins für Psychiatrie eingesetzten Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge in Uchtspringe am 3. und 4. August 1906
von Anstaltsdirektor Dr. Kluge-Potsdam.

Zu dieser Sitzung waren erschienen die Herren Anton, Alt, Kluge, Möller, Tuczek und Weygandt, verhindert waren die Herren Habermaas und Jenz; in die Kommission hinzugewählt wurde Herr Vogt-Langenhagen. Den Vorsitz führte der Geheime Medizinalrat Professor Dr. Tuczek.

Die Arbeit der Kommission zerfiel in drei Teile:

1. die Besichtigung der Uchtspringer Anstalt,
2. die Verhandlungen über die Aufgaben und die Organisation der Kommission,
3. Besichtigung der Uchtspringer Familienpflege in Uchtspringe selbst und in Gardelegen und Umgebung.

Über die Anstalt Uchtspringe braucht neues an dieser Stelle nicht berichtet werden, obwohl die Lebendigkeit und die frische Initiative ihres Leiters ständig dafür sorgt, auch dem öfter wiederkehrenden Besucher immer wieder eine praktische Neuerung vorzuführen und auf neue Wege und Ziele in der Behandlung, der Therapie und der pathologischen Forschung hinzuweisen.

Besonders hervorgehoben zu werden aber verdient der Besuch auf den Kinderabteilungen mit ihren Tummel- und Spielplätzen und mit ihren Arbeitsstuben und Werkstätten. Hier herrschte frohes, ungebundenes und doch gesittetes Leben und Treiben, und von dem, was in der Unterweisung in Handfertigkeit und Handwerk geleistet wird, dafür legte eine im großen Festsaal arrangierte Ausstellung der aus diesen Betrieben hervorgegangenen Arbeiten ein mannigfaltiges und imponierendes Zeugnis ab. Fast kein Handwerkszeug fehlte dieser Exposition. Am meisten aber überraschten die fertiggestellten gediegenen und geschmackvollen Webstuhlarbeiten, denen sich solche Idioten und Schwachsinnige widmen, welche wegen ihres unzulänglichen Kombinationsvermögens sich nicht an jene Auf-

gaben machen können, die größere Selbständigkeit verlangen, und die auch wegen ihrer mangelhaften Konzentrationsfähigkeit in der Schule nicht gefördert werden können.

Der Besichtigung der der manuellen Ausbildung dienenden Betriebe schloß sich der Besuch der Schule an, welche der spezielleren technischen Leitung des als außerordentlich einsichtig und weitblickend gerühmten Anstaltsgeistlichen untersteht und in welcher vortreffliche pädagogische Kräfte ihres geduldfordernden Amtes walten; eine Lektion, die Lehre von den Tieren des Waldes, spielte sich auch im Freien vor dem Damwildgehege mit seinen leichtfüßigen Insassen ab. Alles in allem ein Beweis dafür, daß gerade unter der ärztlichen Oberleitung und bei größtmöglicher Selbständigkeit der Anstaltsschule ein glückliches Zusammenarbeiten von Arzt und Pädagogen zum Heile der kranken Kinder durchzuführen ist.

Von welchem Segen eine derartige Organisation den abnormen Kindern sein kann, dafür sprechen die so eklatanten Erfolge, die ALT an einigen Myxödem-Fällen durch seine Thyreoidin-Medikation erzielte, und darauf weisen auch seine Bestrebungen hin, durch eine immer weiter greifende diätetische und Organ-Therapie auch an den epileptischen Kindern und an denen mit skrofulöser und rachitischer Vergangenheit, sowie auch solchen mit mongoloidem Typus die ärztliche Kunst zur Anwendung zu bringen.

In der Hauptsitzung der Kommission erfuhr die gesamte Schwachsinnigenfürsorge ihre eingehende Besprechung und zwar handelte es sich mit Rücksicht auf die Bestrebungen der Theologen und Pädagogen, das Idiotenwesen vornehmlich als eine Domäne erzieherischer und schulmäßiger Tätigkeit hinzustellen, im wesentlichen um eine taktische Stellungnahme zu dieser Frage und um die methodische Ausgestaltung der sich für die Kommission ergebenden Arbeitspensen und die organisatorische Verteilung der einschlägigen wissenschaftlichen und administrativen Aufgaben.

Als Ausgangspunkt aller dieser Erwägungen wurde der Satz hingestellt, daß bei allen Einrichtungen der öffentlichen Fürsorge für die Kinder mit geistigen Entwicklungsstörungen der Arzt und speziell der Psychiater in höherem Maße als bisher zur Mitwirkung heranzuziehen ist, und daß insbesondere die Leitung der Anstalten, welche der Aufnahme anstaltspflegebedürftiger Kinder zu dienen haben, nur dem Arzte zukommt. Hierbei ist es irrelevant, ob es sich um beschäftigungs- und schulfähige Kinder oder um solche handelte, welche wesentlich nur noch Gegenstand der Wartung und

Pflege sind. Denn einmal sind hier die Grenzen durchaus fließende, und weiter ist der Verlauf der einzelnen Krankheitsformen auch ein so schwankender und mannigfaltiger, daß eine den genannten Gesichtspunkten folgende Trennung ganz undurchführbar erscheint. Ja gerade bei den noch als „bildungsfähig“ bezeichneten Idioten. bei denen die exakte klinische Beobachtung immer wieder den Nachweis erbringt, daß es sich bei ihnen keineswegs um abgelaufene Krankheitsprozesse zu handeln pflegt, ist die in allen Punkten leitende und ausschlaggebende Behandlung durch den Arzt erforderlich. Dieser allein ist auch nur imstande, die so wichtigen ätiologischen Beziehungen aufzudecken, die prognostischen Daten festzustellen und die Mittel und Wege anzugeben, denen die Therapie und die gesamte psychische Beeinflussung und Behandlung zu folgen hat. Hierzu aber ist unabweisbares Erfordernis, daß die medizinisch-wissenschaftlichen Direktiven allen anderen voranzustellen sind und daß der Arzt — bei allem freien Spielraum, welcher der Anstaltsschule zuzuerkennen sein wird — der Vorgesetzte des Lehr-, Erziehungs- und Pflegepersonals bleibt. Die anstaltspflegebedürftigen Schwachsinnigen sind „Pfleglinge“ und keine „Zöglinge“. Danach stellte sich die Kommission von neuem ausdrücklich und einmütig auf den vom deutschen Verein für Psychiatrie längst vertretenen Standpunkt, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geeignete Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker nur ärztlich geleitete Anstalten sind.

Der Ersatz der Bezeichnung „Idioten“ durch „Schwachsinnige“ geschah aus dem Grunde, weil die letztere, abgesehen von dem etwas odiös anmutenden Worte „Idiot“, einen wissenschaftlich gut begründeten und dabei durchaus umfassenden Sammelbegriff darstellt.

Als eine weitergehende Aufgabe glaubte die Kommission sich auch das Studium des Hilfsschulen- und Fürsorgeerziehungswesens vindizieren zu müssen, da diese neuzeitlichen Bestrebungen erfahrungsgemäß in mannigfacher Weise in das Gebiet der Schwachsinnigenfürsorge hineinspielen, und da hier eine Einheitlichkeit der Auffassung in anthropologischer, forensischer und administrativer Hinsicht außerordentlich not tut. Es handelt sich hierbei um eine soziale psychische Hygiene im weitesten Sinne.

Allen diesen sine ira et studio und in voller Sachlichkeit gefaßten Tendenzen folgend, setzte sich die Kommission das Ziel, alle einschlägigen Fragen des öffentlichen Lebens sorgsam zu verfolgen, aufklärend allen gegenteiligen Anschauungen und Störungen nachzugehen und das aufgebrachte Material einer besonderen Sammel-

stelle zuzuführen. Als Hauptaufgabe aber stellte sie sich die hin, in praktischer Tätigkeit alle die wissenschaftlichen Grundlagen systematisch zu schaffen und zu verarbeiten, welche der Erforschung der kindlichen Entwicklungsstörungen und deren Vorbeugung und Behandlung Halt und Stütze bieten müssen. Demzufolge wurde eine speziellere Arbeitsverteilung unter den Kommissionsmitgliedern vorgenommen, wie das Protokoll (siehe nächste Seite) sie angibt.

Am 4. August fand die Besichtigung einer größeren Anzahl von Familienpflegestellen in Uchtspringe und Gardelegen statt, über welche ein Bericht an dieser Stelle sich erübrigt. Nur sei darauf hingewiesen, daß diese Familienpflege auch eine große Zahl Schwachsinniger umfaßt, welche sich unter der glücklichen Hand des beaufsichtigenden Arztes durchweg wohl fühlen, und daß mitunter nur das eine zweifelhaft war, ob nämlich der Pflegling größere Freude an seinen Pflegern oder diese an ihrem Schutzbefohlenen hatten.

Offizielles Protokoll

über die Sitzung der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge in Uchtspringe am 3. August 1906.

Anwesend die Herren: ALT, ANTON, KLUGE, MÖLLER, TUCZEK, WEYGANDT.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission steht auf dem vom D. V. f. Ps. vertretenen Standpunkt, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geeignete Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker nur ärztlich geleitete Anstalten sind.

Die Kommission wird neben der Schwachsinnigenforschung und -fürsorge auch die angemessene Mitwirkung der psychiatrischen Ärzte beim Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen zum Gegenstande ihrer Tätigkeit machen.

Sie stellt sich folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Berichterstattung an den D. V. f. Ps. über die wissenschaftliche Erforschung des jugendlichen Schwachsinns und der Epilepsie — Ätiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Therapie, Prophylaxe, anthropologische, forensische und administrative Beziehungen — und über das Anstaltswesen.

2. Aufklärungsdienst:
   a) Verfolgung der Zeitschriften, Tagespresse, Verwaltungsbericht;
   b) Teilnahme an Versammlungen und Konferenzen betr. Schwachsinnigenfürsorge, Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen;
   c) Besichtigung von Anstalten;
   d) Mitteilungen einschlägiger privater Erfahrungen.

Die Kommission wird mindestens einmal jährlich, rechtzeitig vor Festsetzung des Zeitpunktes der nächsten Tagung des D. V. f. Ps. zusammentreten, um das gesammelte Material zu besprechen und die Themen und Referenten für die nächste Tagung des D. V. f. Ps. festzusetzen.

Dringlich erscheinende Mitteilungen werden dem Vorsitzenden der Kommission zugesandt werden.

Es übernehmen die Kommissionsmitglieder als ständige Referenten folgende Abschnitte:

1. Anton: pathologische Anatomie der geistigen Entwicklungsstörungen.
2. Tuczek: Symptomatologie der geistigen Entwicklungsstörungen.
3. Alt: Ätiologie der geistigen Entwicklungsstörungen; hierzu Therapie, Prophylaxe.
4. Vogt: Anstaltswesen, Statistik.
5. Weygandt: forensische und psychologische Beziehungen der geistigen Entwicklungsstörungen.
6. Möller: Unterricht in Anstalten für Schwachsinnige und Hilfsschulenfrage.
7. Kluge: Epileptikerfürsorge und Fürsorgeerziehung.
8. Jenz: Leitung der Anstalten für Schwachsinnige.
9. Habermaas: Innere Organisation der Anstalten für Schwachsinnige.

Die Kommission stellt für die nächste Versammlung des D. V. f. Ps. folgende Referate:

1. Die Mitwirkung des Psychiaters an der Hilfsschule. Referent: Möller.
2. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Referent: Kluge.

Besprechungen.

Dr. **Wilhelm Scholz,** Privatdozent in Graz, Klinische und anatomische Untersuchungen über den Kretinismus. Mit 1 Karte und 72 Abbildungen im Text. Berlin 1906, A. Hirschwald.

Es handelt sich um eine ausführliche, 607 Seiten starke Monographie über die den Arzt, den Pädagogen und auch den Volkswirt interessierende endemische Degeneration, unter Berücksichtigung einer Reihe eigener Studien, namentlich auf dem Gebiete des Stoffwechsels.

Ein Vorwort des Berliner Klinikers KRAUS weist auf die große Reihe klinischer Beobachtungen und die Stoffwechselversuche des Autors hin. Es wird zugegeben, daß die der eigenen, skeptischen Anschauung hinsichtlich der Therapie entgegengehaltenen Einwürfe zum Teil berechtigt waren, vor allem hinsichtlich der zweckmäßigen Dosierung und Dauer der Schilddrüsenbehandlung.

Das Buch bringt zunächst die Statistik aus einem ausgesprochenen Kretinenland, Steiermark. Die offiziell mehrfach gezählten 0,6 % dürften entschieden hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Parallel geht die Häufigkeit des Kropfes und des Kretinismus.

In dem reichhaltigen kasuistischen Abschnitt werden 107 Fälle genauer beschrieben, vielfach unter bildlicher Wiedergabe; die meisten zwischen 10 und 20 Jahren, 10 waren über 50 alt.

Eine eingehende Schilderung finden sodann die einzelnen Symptome; vielleicht hätte gerade der psychische Defekt noch etwas ausführlicher dargestellt und durch Beispiele belegt sein können.

Besondere Betrachtungen sind der Taubstummheit gewidmet, die sich bei 29 % der untersuchten Kretinen fand, während noch 32 % schwerhörig waren. Die Ursache wird vorwiegend zentral gesucht.

Das folgende Kapitel ist der Körper- und Schädelmessung bei leben-Kretinen gewidmet. Der kleinste unter den mehr als 11 jährigen war 103 cm groß, 17 von 97 waren über 150 cm groß.

Durch eine Reihe von Abbildungen sind die Ergebnisse der Untersuchung mit Röntgenstrahlen niedergelegt, wobei vor allem die verzögerte Knochenentwicklung zu erkennen ist.

Die ungemein ausgedehnten Stoffwechseluntersuchungen betreffen zunächst die Verhältnisse von Kretinen in unbeeinflußtem Zustand, vor dem Versuch einer Schilddrüsenfütterung. Es ergab sich wohl ein Parallelismus zum Myxödem, nicht aber zum experimentellen Schilddrüsenmangel. Der Stoffwechsel ist im ganzen sehr träg. Die Harnausscheidung ist vermindert, der Umsatz von Eiweiß und Salzen liegt darnieder. Vor allem Harnsäure, Kreatinin und Kochsalz werden vermindert ausgeschieden; Harnstoff, Xanthinbasen, Ammoniak und Schwefelsäure dagegen normal. Die Ausfuhr von Phosphorsäure ist gering. Die alkalischen Erden werden bei jungen Kretinen eher vermehrt ausgeschieden.

Bei der Zufuhr von Schilddrüsensubstanz wird die Harnausscheidung vermehrt. Die Stickstoffausfuhr ist nicht wesentlich erhöht, eine bedeutende Einschmelzung von Eiweiß findet also nicht statt. Das Körpergewicht sinkt, was dem Zerfall stickstofffreier Substanz zuzuschreiben ist. Der Verlust an Kohlenstoff wird vermehrt, im Gegensatz zu den Myxödemkranken. Die Harnstoffausscheidung ist wenig beeinflußt; die Menge der Harnsäure steigt bei alten, sinkt bei jüngeren Kretinen anfangs, dann aber steigt sie wieder. Die Xanthinbasen sind vermehrt, der Ammoniakwert sinkt. Nicht alteriert ist der Phosphorsäurestoffwechsel, nur anfänglich zeigt die Phosphorsäure eher eine Retention. Verringert ist die Erdalkalienausscheidung, vorzugsweise der Kalk nimmt ab im Harn, während er im Kot steigt. Chlor und Schwefelsäure werden zurückgehalten. Der Säuregehalt des Harns wird vermehrt, besonders bei jüngeren Kretinen.

In dem Abschnitt über die pathologische Anatomie werden zunächst eine Reihe von Fällen aus der Literatur eingehend geschildert, darauf vier eigene Patienten und dann eine stattliche Reihe von Fällen aus dem Grazer pathologisch-anatomischen Museum. Das Hinterhauptsbein war auch in vorgeschrittenem Alter vom Keilbein getrennt.

Sehr genau sind die Maße von 56 Schädeln aufgenommen. Ziemlich häufig fand sich eine Unregelmäßigkeit der Form, ferner schwere Schädelknochen, sowie vielfach erhaltene Nähte. In ausgesprochenen Fällen bestand Prognathie. Nicht selten war Steilheit des Clivus und Weite der Hypophysengrube.

Noch nicht eindeutig sind die im ganzen spärlichen Hirnbefunde.

Die Versuche einer Behandlung der Kretinen mit Schilddrüsensubstanz erstreckten sich auf 88 Patienten, denen täglich drei englische Tabletten, vereinzelt auch bis zu acht gegeben wurden, meist nicht auf lange Dauer. In 19 Fällen wurde dabei ein Erfolg vermißt. Professor v. Wagner hat dagegen eine Menge Kretinen auf lange Zeit, bis zu drei Jahren, mit geringen Dosen, täglich einer, nur ausnahmsweise zwei Tabletten, erfolgreich behandelt. Er konnte vor allem eine günstige Beeinflussung der Knochenbildung feststellen, binnen Jahresfrist war einer um 14 cm, dann zwei um 13 cm etc. gewachsen; aber auch der geistige Zustand, das Gehör und das Sprachvermögen hatten sich gehoben; die Besserung war vielfach so eklatant, daß niemand mehr eine Spur von Kretinismus erkennen konnte, wovon sich Ref. auf einer in Begleitung Prof. v. Wagners ausgeführten Studienreise überzeugen durfte.

Nach einer Besprechung der Differentialdiagnose, wobei Scholz warnt, die Entscheidung allein durch das Röntgenbild zu treffen, wendet er sich

der Frage nach der Ursache und dem Wesen des Kretinismus zu. Er betont, daß man den endemischen Kretinismus keineswegs dem Zustand der Schilddrüsenlosigkeit gleichsetzen dürfe, denn die Kretinen haben noch etwas funktionierendes Schilddrüsengewebe, ihr Stoffwechsel, ebenso ihre Reaktion auf Schilddrüsenfütterung ist verschieden von den Schilddrüsenlosen. Kurz wird die Frage der kretinistischen Degeneration bei Tieren behandelt, worauf eine außerordentlich reichhaltige Literaturübersicht von 2486 Nummern das Werk schließt.

Bei aller Ausführlichkeit kann das Buch die so verwickelten Verhältnisse dieses Leidens in mancher Hinsicht nur erörtern, ohne eine Lösung zu bringen. Jedoch ergibt sich aus dem Ganzen, welche bedeutsame ärztliche Leistung schon vorliegt zu dem Zwecke, eine der schwersten Formen des Schwachsinns mit körperlichen Störungen nicht nur der menschlichen Erkenntnis näher zu bringen, sondern auch ihre Heilung anzubahnen. WEYGANDT.

Dr. **Chr. J. Klumker** und **Wilh. Polligkeit,** Jahrbuch der Fürsorge. Herausgegeben im Auftrage der Zentrale für private Fürsorge Frankfurt a. M. 1. Jahrgang. Dresden 1906. Verlag von O. Böhmert. 130 Seiten.

Die intensivere Beachtung, die seit einer Reihe von Jahren in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung den jugendlichen Minderwertigen zugewandt wird, hat u. a. zu einer immer engeren Verbindung der rein sozialen Fürsorge mit dem Wirkungskreise psychiatrisch-ärztlicher Tätigkeit von selbst geführt. Auch der soziale Defekt ist eine Krankheit, der in physischen oder psychischen Gebrechen nur zu oft seinen Grund hat. Neben Tuberkulose, Alkohol und Lues spielt hier der angeborene oder erworbene Schwachsinn eine hervorragende Rolle. Eine der vorbildlichsten Organisationen für alle Arten sozialer Fürsorge ist die bekannte Frankfurter Zentrale für private Fürsorge. Unter den vielen Zweigen der Betätigung dieses ausgedehnten Instituts ist ein wichtiger derjenige, der der Fürsorge der Minderwertigen gewidmet ist. Es besteht ein beständiges Zusammenwirken der Fürsorger und der Ärzte, und es verdient hervorgehoben zu werden, daß von ersteren ausgesprochen ist, die tägliche Erfahrung auf dem Gebiete sozialer Betätigung habe von selbst zum Arzte und Psychiater geführt. Die Großzügigkeit, welche den Frankfurter Einrichtungen auch da, wo sie sich noch im Stadium des Experimentes befinden, zugrunde liegt, und die vorurteilslose Berücksichtigung aller für die betr. Arbeitsgebiete in der Tat wichtigen und notwendigen Gesichtspunkte, die verständnisvolle Anwendung der Wissenschaft auf die Praxis und die lebhaften Beziehungen beider zueinander macht die Kenntnis der Frankfurter Organisation für jeden beachtenswert, der sich für diese Dinge interessiert. Die reichen Erfahrungen auf dem Gebiete und weitere Pläne auf Grund derselben sind schon wiederholt mitgeteilt worden. Neuerdings gibt die Zentrale ein Jahrbuch heraus.

Aus dem Inhalt beanspruchen die Abhandlungen über die Arbeitslehrkolonie hier vor allem Interesse.

I. LAQUER-Frankfurt betont im ärztlichen Vorwort, daß die Versorgung der entlassenen Hilfsschulzöglinge auf Schwierigkeiten stößt; es ist schwer,

eine für sie passende Arbeitsstelle zu finden, auch wenn Prämien an die Lehrstelle gewährt wurden. Nur wenige Meister haben Geduld und psychologisches Verständnis genug, den Jünger in die Arbeit einzuführen. An der Langsamkeit der Zöglinge scheitert oft der Versuch; die guten Eigenschaften, die sehr wohl zu verwerten sind, können sich nicht entfalten. Wichtiger als schulmäßiges Wissen ist die Erziehung zur Arbeit. Die Frage wurde auf breiter Grundlage in Angriff genommen. Zunächst folgt

II. der Bericht SIOLIS-Frankfurt über den Besuch der schlesischen Arbeiterkolonie. Dieselbe ist von der Breslauer Hilfsschullehrerin Frl. A. HOFFMANN gegründet, und zwar — was betont werden muß — aus der täglichen Erfahrung heraus unter dem Eindrucke, daß die Hilfsschüler, sobald sie aus der Schule entlassen waren, der Verwahrlosung anheimzufallen drohten, da es nicht möglich war, sie passend unterzubringen. Die Schule beschäftigt 23 Knaben und 3 Mädchen mit Gärtnerei, Korbflechten in verschiedenen Stufen und Hausarbeit. Nur wenige wohnen in der Kolonie. Wenn möglich, sollen sie nur tagsüber (von früh bis abends) dort sein, um durch die Gewöhnung, daß sie täglich zweimal den weiten Weg zur Arbeitsstelle machen müssen, sie zu größerer Selbständigkeit zu erziehen. Die Zöglinge sind bis zum 20. Jahre dort untergebracht, bösartige und gefährliche Elemente sind ausgeschlossen. Die Armenverwaltung hat nunmehr bestimmte Garantie für das (im ganzen private) Institut übernommen. Sie hat ja ein wesentliches Interesse daran, „da wohl nur ein solches Erziehungssystem diese unselbständigen Geistesschwachen vor dem späteren Schicksal des Verfalls in öffentliche Fürsorge zu bewahren vermag".

III. Vorschläge von Dr. KLUMKER: a) Die Berufsbildung der Minderjährigen. Ein Lehrling muß, um im freien Leben später durchzukommen, möglichst in der freien Lehre gebildet werden. Heranbildung der für das Leben geeigneten Zöglinge in ausschließlicher Anstaltsarbeitserziehung hat sich nicht bewährt (in der Anstalt fehlt die Vollständigkeit der Arbeit, Strenge, Energie, Bemessung der Materialverwendung usw.). Die Arbeitslehrkolonie soll die Zwischenstufe liefern, um entlassungsfähige Zöglinge, bes. Hilfsschulzöglinge für das Leben vorzubereiten. KLUMKER hält $^1/_2$—1 Jahr Ausbildungszeit für ausreichend. Unfähige Elemente würden in der Kolonie erkannt werden, ein mißglückter Versuch, sie ins Leben zu schicken, sich also vorteilhafterweise vermeiden lassen: sie könnten der Anstalsversorgung dauernd oder temporär wiedergegeben werden. KLUMKER betont die Notwendigkeit, verschiedene Arbeitsarten auszuprobieren, er empfiehlt z. B. auf Grund eigener Erfahrungen für Mädchen Blumenbinderei usw. Der Zweck ist, gelernte, wenn auch einseitige Arbeiter heranzubilden.

b) „Die weiteren Aufgaben, die für uns mit der Unterbringung der Minderwertigen zusammenhängen". Die Lehrkolonie gestattet eine individualistische Ausbildung und Beobachtung und auf Grund dieser eine planmäßige Unterbringung. Als solche könnte sie zur Handhabung der Fürsorgeerziehung und zur Versorgung der auf Grund dieser oder des § 1666 BGB. unterzubringenden Kinder dienstbar sein, besonders um die nötigen Daten und die Beobachtung zu ermöglichen, die der Unterbringung vorangehen sollen. Auch für sonst unterzubringende Kinder könnte die Kolonie eine Art Durchgangsstation werden, ehe sie in

Familienpflege gegeben werden. Letztere ließe sich so weiter ausbauen. Die Kosten veranschlagt KLUMKER in folgender Weise für ein Kind pro anno: Lehrkolonie 300—500 M. (einschließlich Verzinsung usw.), Familienpflege 200—250 M., Lehrstellen weniger. Es wird die wirtschaftliche Seite betont.

IV. Gutachten von A. GROHMANN-Zürich. Der auf dem Gebiete der Schwachsinnigenbehandlung und -Erziehung hervorragend erfahrene Mann hat sich auf Einladung der Frankfurter Zentrale gutachtlich über die Lehrkolonie geäußert. Er betont zunächst gewisse praktische Momente, so die Lage in einem Dorfe von der Stadt gut erreichbar. Die Zöglinge zerfallen in drei Stufen: 1. Neueintretende oder Schwächere, ferner solche, die eingehender Beobachtung bedürftig sind; sie erhalten Kost, Wohnung und Arbeit in der Anstalt; 2. solche, die in der Anstalt wohnen und essen, aber bei Meistern im Orte arbeiten; 3. solche, die völlig außer der Anstalt leben und arbeiten, von dieser nur aber beaufsichtigt und beobachtet werden. In den Arbeitsgelegenheiten soll man sich dem Ort und der Bevölkerung anpassen (ein sehr verständiger Rat), dies ist wichtiger, als daß man sich auf bestimmte Arbeitszweige festlegt. GROHMANN betont die Schwierigkeit, gerade den für die Lehrkolonie in Betracht kommenden Fällen anderweit gerecht zu werden, sie eignen sich nicht für die Irrenanstalt, ebensowenig für das freie Leben. Wichtig ist möglichstes Offensein der Anstalt, nach außen hin eine verständige Bezeichnung, im Innern eine glückliche Wahl des Hausvaters. Alkoholabstinenz ist zu fordern. Die Vorschläge, welche den erfahrenen Praktiker verraten, gehen sehr ins einzelne und verdienen Beachtung. GROHMANN hebt hervor, daß es sich bei diesen Fragen um Dinge sowohl zum Schutze der Schwachsinnigen, als zum Schutze der Gesellschaft diesen gegenüber handelt. Es muß betont werden, daß psychiatrischen Gesichtspunkten durchaus Rechnung getragen wird. Die Kolonie soll unter psychiatrisch-ärztlicher Beobachtung stehen.

Wie aus dem Vorstehenden hervorgeht, ist die Arbeitslehrkolonie als ein Beobachtungs- und Erziehungsinstitut für Schwachsinnige gedacht, in welcher die Zöglinge zur Arbeit praktisch erzogen werden sollen. Sie soll ein Zwischenglied zwischen Schule, Haus oder Anstalt einerseits und Leben und Arbeit andererseits darstellen, den Schwachsinnigen den Übergang vom einen zum anderen vermitteln. Die Zöglinge sollen ihren Anlagen entsprechend in verschiedenen Abstufungen nach Freiheit, Selbständigkeit und Arbeit versorgt werden.

Unter den vielfachen Bestrebungen zur Fürsorge der Schwachsinnigen ist die Arbeitslehrkolonie ohne Zweifel ein von praktischen Überlegungen geleiteter, durchdachter Plan, der alle Beachtung verdient und dessen Erfolge — mögen sie im einzelnen sich gestalten, wie sie wollen — uns brauchbare Erfahrungen und Gesichtspunkte liefern werden.

Aus dem sonstigen Inhalt des Jahrbuchs sei hervorgehoben ein Artikel von A. PAGUET: Die Hauptformen der Jugendfürsorge in den Vereinigten Staaten. Der Aufsatz beschäftigt sich u. a. eingehend mit den amerikanischen Jugendgerichten. Ferner ist zu erwähnen TH. V. GREYERZ: Bildung und Unterhaltung in Volksheilstätten. Ein besonderer Abschnitt enthält „Gerichtliche Ent-

scheidungen über Rechtsfragen der Kinderfürsorge". Hier finden sich eine Reihe recht interessanter Entscheidungen betr. Fürsorgeerziehung zusammengetragen, mit geschickter Auswahl der wesentlichen Punkte aus Tatbestand und Urteilsbegründung. H. VOGT.

Dr. med. **Bayerthal,** Nervenarzt in Worms. 3. Jahresbericht über die schulärztliche Tätigkeit an den Hilfsklassen der städtischen Volksschule in Worms. (Schuljahr 1905/06.)

Im Schuljahre 1905/06 wurden zwecks Aufnahme in die Hilfsklassen im ganzen 7 Kinder (sämtlich Knaben) untersucht. Dabei ist zu beachten, daß nicht alle schwachbefähigten Schulkinder nach erfolglosem 1—2 jährigem Besuche der Normalklassen dem Ref. zur Untersuchung und Begutachtung zugeführt werden. Nur die geistig am tiefsten stehenden Schüler kommen für die Aufnahmen in die Hilfsklassen in Betracht. — Auch aus den diesjährigen Untersuchungen geht die verhängnisvolle Rolle hervor, welche der Alkoholismus unter den Entstehungsursachen des kindlichen Schwachsinns spielt. Es wurde ermittelt, daß in drei Fällen die Väter dem Alkoholmißbrauch ergeben waren. Zuverlässige Angaben über etwaige Zeugung im Rausche hat Ref. von den Frauen der erwähnten drei Väter erhalten können. Danach hat in dem einen Fall die Zeugung im Rausche sicher stattgefunden, bei den anderen Kindern gaben die Mütter diese Möglichkeit ohne weiteres zu. Schädliche Einwirkungen bei der Geburt fanden sich bei zwei Kindern (in dem einen Falle eine langdauernde (asphyktische) Geburt, in dem anderen Anwendung der Zange). Nachteilige Gemütsbewegungen der Mutter während der Schwangerschaft hat Ref. bei seinen diesjährigen Aufnahmeuntersuchungen viermal gefunden. In drei dieser Fälle konnten sie nicht als eigentliche ursächliche Momente betrachtet werden. Dagegen hat der vierte Fall die schon auf Grund früherer schulärztlicher Untersuchungen gewonnene Erfahrung bestätigt, wonach Ref. als feststehend betrachtet, daß schwere Gemütsbewegungen der Mutter von nachteiligem Einfluß auf die Gehirnentwicklung der Frucht sein können. Gleich den übrigen Autoren, die sich mit der Untersuchung minderwertiger Schulkinder beschäftigen, war dem Ref. bezüglich der Geschwister der Hilfsschüler und deren Sterblichkeitsverhältnisse schon gelegentlich früherer Erhebungen in den in Betracht kommenden Wormser Familien eine besonders hohe Mortalitätsziffer aufgefallen. In den Familien, denen die im verflossenen Schuljahre untersuchten Kinder angehörten, betrug die Kindersterblichkeit 34 %. Daß es sich dabei nicht um Zufälligkeiten handelt, welche die kleine Zahl der untersuchten Kinder mit sich bringen könnte, zeigen die an anderen deutschen Hilfsschulen erhaltenen Ziffern (Braunschweig 44 %, Berlin 37 %, Karlsruhe 31,4 %). — Ein im vergangenen Schuljahre zur Aufnahme gelangter Knabe war insofern von besonderem Interesse, als dadurch von neuem dargelegt wird, daß die Beteiligung des Schularztes an der Beobachtung und Behandlung schwachsinniger Schulkinder nicht nur erlaubt und ersprießlich, sondern geradezu als notwendig erscheint. Es handelte sich um einen Fall von cerebraler Kinderlähmung, der außer mit Geistesschwäche und Epilepsie auch mit einer Hemmung und Schädigung

der lautlichen Sprachentwicklung (Bradylalie und Dysarthrie von bulbärem Charakter) verbunden war. Derartige zwar glücklicherweise seltene Fälle von Kinderlähmung bedürfen ganz besonders sorgfältiger Überwachung seitens des Schularztes, um eine Verschlimmerung des Leidens durch Überanstrengung des Gehirns zu vermeiden. Als ärztlicher Berater des Lehrers wird ferner der auf dem Gebiete der Hirnpathologie erfahrene Schularzt darauf hinweisen können, daß eine vollkommene Heilung dieser Sprachstörungen überhaupt nicht, eine Besserung nur ganz allmählich im Laufe der Jahre erreicht werden kann. Daß der Lehrer infolgedessen von vornherein im Sprechunterricht seine Zeit mehr den mit prognostisch günstigeren Sprachfehlern behafteten Kindern widmen kann und weniger Enttäuschungen bei seinen heilpädagogischen Bemühungen erleben wird, leuchtet ein. — Unter den neu aufgenommenen Hilfsschülern litten sechs an mehr oder weniger hochgradiger Zahnfäulnis (92 %). Bei den von den Schulärzten der Normalklassen vorgenommenen Untersuchungen des Gebisses sämtlicher in die Wormser Volksschulen neu aufgenommener Kinder fand sich Zahnfäulnis in 75 %. Unter 49 Insassen der Wormser Hilfsklassen besaßen nur 4 (=8 % ein gesundes Gebiß. — Einen Kopfumfang unter dem Durchschnittswert gleichaltriger intellektuell normal veranlagter, d. h. das Ziel der Normalklassen nach einmaligem Besuche erreichender Schulkinder hatten fünf von den untersuchten Knaben. Ref. kann an dieser Stelle auf seine vergleichenden Untersuchungen des Kopfumfanges der den Anforderungen der Normalklassen genügenden bzw. mehr als genügenden und der nicht genügenden Schüler bzw. Hilfsschulinsassen nicht näher eingehen. Es muß in dieser Beziehung auf das Original verwiesen werden.[1]) Diese Messungen sind im verflossenen Schuljahre fortgesetzt worden und haben zu Resultaten geführt, welche zu der Hoffnung berechtigen, daß bei den schulärztlichen Untersuchungen der Zukunft das Maß des Schädelumfangs die gleiche Bedeutung für die Beurteilung der geistigen Veranlagung gewinnen wird, wie sie für die der körperlichen Beschaffenheit jetzt schon Körpergewicht, Brustumfang und Längenmaß besitzen.

Gelegentlich seiner Besuche in den Hilfsklassen, welche durchschnittlich einmal wöchentlich stattfinden, nimmt Ref. in herkömmlicher Weise Veranlassung, das körperliche und geistige Befinden der Kinder zu kontrollieren, bei den zahlreichen körperlichen und geistigen Mängeln, mit denen die Insassen der Hilfsklassen behaftet sind (Nervenerkrankungen, Charakteranomalien, Sehstörungen, Schwerhörigkeit, behinderte Nasenatmung, Sprachfehler, Zahnfäulnis), häufig genug Gelegenheit zu ärztlichen Ratschlägen findend. Das Allgemeinbefinden der Hilfsschüler in körperlicher und geistiger Beziehung wurde nach Möglichkeit zu bessern gesucht (Milchfrühstück, Schulbäder, Badekuren). Vor allem ließ sich Ref. die Bekämpfung des Alkoholmißbrauches angelegen sein.

Die Gesichtspunkte, die Ref. auf diesem Gebiete zu einer persönlichen

---

[1]) Vgl. auch den schulärztlichen Bericht des Ref. 1904/05, referiert im Neurol. Zentralbl., 1906, p. 225, und Zentralbl. für Nervenheilkunde, 1906, p. 122.

Einwirkung auf das einzelne Kind veranlassen, sind allerdings nicht rein hygienischer Natur. Sie ergeben sich aus dem Umstand, daß das Gehirn der Schwachsinnigen in der großen Mehrzahl der Fälle zeitlebens gegenüber der Alkoholwirkung weniger widerstandsfähig bleibt, zum größten Teil auf Alkoholgenuß pathologisch reagiert. Daher müssen die Versuche der Hilfsschule, ihre Zöglinge zur Beherrschung ihrer Augenblicksneigungen und oft niederen Triebe zu erziehen, scheitern, wenn der Alkohol auf ihr von Haus aus krankes Gehirn einwirkt und sie jedem auftauchenden Impulse und Gelüste gegenüber hemmungslos macht. Aber es handelt sich bei der Erziehung der Hilfsschüler zur vollständigen Enthaltsamkeit von geistigen Getränken nicht nur um die Jahre des Schulbesuchs. Wird einmal seitens der maßgebenden Behörden dem Gesichtspunkt die gebührende Beachtung geschenkt, daß die Hilfsschulen gewissermaßen früh wirksame Filter darstellen, welche aus der Bevölkerung diejenigen Individuen aussondern, die voraussichtlich ihrer Gehirnbeschaffenheit nach unter dem Einfluß des Alkoholgenusses gar leicht mit dem Gericht in Berührung kommen werden, so wird zweifelsohne für die an Hilfsschulen tätigen Lehrer und Ärzte die Erziehung der ihnen anvertrauten Kinder zur vollkommenen und dauernden Enthaltsamkeit als eine der wichtigsten offiziellen Dienstvorschriften gelten.

Wie alljährlich wurde bei den am Ende des Schuljahres zur Entlassung aus der ersten Hilfsklasse gelangenden Zöglingen von Ref. in gemeinsamer Beratung mit dem Lehrer die Frage erörtert, welcher Beruf im Hinblick auf die körperlichen und geistigen Eigenschaften für das einzelne Kind am zuträglichsten erscheine und den Eltern entsprechender Rat zuteil. Ebenso gingen den Angehörigen derjenigen Knaben, die voraussichtlich den Anforderungen und Strapazen des Militärdienstes nicht gewachsen sind, diesbezügliche Mitteilungen zu. Um die Einstellung ungeeigneter Elemente in das Heer zu verhüten, wurden auch in diesem Jahre seitens der Schule der zuständigen Behörde diejenigen militärpflichtig gewordenen, ehemaligen Hilfsschulzöglinge namhaft gemacht, deren geistiger Zustand die Befreiung vom Militärdienst als erforderlich erscheinen läßt.

Autoreferat.

Das Vorkommen der Idiotie und verwandter Zustände in der Praxis des allgemeinen Arztes.

Von

O. Heubner,

Prof. d. Kinderheilkunde in Berlin.

Ausführung eines Vortrags, gehalten auf dem ersten Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin 1906.

Über die Bedeutung, den Grad von Wichtigkeit, den die angeborene oder früh erworbene, schwerere oder leichtere, chronische Beeinträchtigung der Hirnfunktionen im Kindesalter in Anspruch nimmt, geben uns zwar die statistischen Erhebungen schon einige Auskunft. So hören wir, daß zurzeit in 43 Städten 15000 schwachsinnige Kinder in den Hilfsklassen der städtischen Schulen unterrichtet werden, daß in Deutschland ungefähr 150000 Schwachsinnige vorhanden sind. Aber über die Kalamität und die Art der Bedrängnis, von der ein umschriebener Bevölkerungskomplex, von der die einzelne Familie durch das Vorkommen blödsinniger oder schwachsinniger Kinder heimgesucht wird, geben uns solche allgemeine Zahlen doch kein recht anschauliches Bild. Ich möchte es deshalb nicht für überflüssig halten, diesem Bilde einen Zug hinzuzufügen, indem ich es statt von oben, von unten, vom Standpunkte der Einzelerfahrung aus betrachte und Ihnen einen kurzen Abriß von der Rolle gebe, die diese krankhaften Zustände in der Praxis des einzelnen Arztes spielen, der nicht als Neurologe und Psychiater, sondern in seiner Eigenschaft als allgemeiner interner Arzt als Berater zugezogen wird. Daraus wird sich das Gewicht der Frage im Brennpunkt eines kleinen aber klaren Spiegels präsentieren.

Ehe ich Ihnen meine persönlichen Erfahrungen darlege, gebe ich zuvor noch eine summarische Übersicht über die Kasuistik der Idiotie an der von mir geleiteten Universitäts-Kinderpoliklinik, die freilich nur die schwereren Fälle von Idiotie betrifft.

Unter rund 25 000 in 5 Jahren aufgenommenen neuen Fällen wurden 230 Fälle von Idiotie gezählt, d. i. 9,2 ‰ oder beinahe 1 % aller Aufnahmen.

Also unter 100 an allen überhaupt vorgekommenen inneren und äußeren Erkrankungen fand sich ein idiotisches Kind. Das ist gewiß ein recht hohes und man darf sagen erschreckendes Verhältnis. Es wird vielleicht nicht das allgemeine Verhältnis repräsentieren, weil gerade schwierige und verzweifelte Fälle in größerer Anzahl einer Poliklinik, wie der genannten, zugeführt werden, aber das gilt doch schließlich nicht allein für die Nervenkrankheiten.

Die weitaus meisten Fälle kamen auf das erste Lustrum des Lebens, nämlich 156 oder 68 %, etwas mehr als zwei Drittel der Aufnahmen; auf das dritte fielen nur 15 oder 6,5 %. Die größte Zahl unter den Einzeljahren wies das dritte Lebensjahr auf, nämlich 48 (fast 21 %). Es waren weit mehr Knaben als Mädchen unter unseren Beobachtungen, nämlich 154 = 67 %, also gerade $^2/_3$ gegen $^1/_3$ Mädchen.

Angaben über ätiologische Verhältnisse konnten in 87 Fällen aus den Notizen ersehen werden.

In 20 (oder 23) % dieser war Lues der Eltern im Spiel, in 13 Fällen = 15 % Alkoholismus der Eltern, in 14 Fällen waren schwere Geburten vorausgegangen, in 18 = 20,7 % war hereditäre nervöse Belastung vorhanden, in 14 oder 16 % waren fieberhafte Erkrankungen dem Einsetzen der Entwicklungsstörung des Gehirns vorausgegangen, in den übrigen 10 % waren verschiedenartige Ursachen beschuldigt worden, auch Traumen.

Ich wende mich nun zu meinen persönlichen Erfahrungen, die eine Reihe von Jahren meiner konsultativen Praxis sowohl in der Sprechstunde wie in kollegialen Beratungen betreffen. — Unter 9200 Gesamtfällen, wegen deren ich zu Rate gezogen wurde, befanden sich 308 Kinder, deren Eltern wegen Intelligenzstörungen schwereren oder leichteren Grades meine Hilfe suchten, d. i. 3,3 %. Rechne ich dazu noch 92 Fälle von Epilepsie, unter denen wenigstens ein erheblicher Teil auch in seinen psychischen Leistungen beeinträchtigt war, so steigt dieses Verhältnis auf 4,3 %.

Diese auch mit Rücksicht auf den Allgemeineindruck, den ich schon hatte, doch noch überraschend hohe Zahl weist zur Genüge auf die hohe Bedeutung hin, die den psychischen Schwächezuständen auch in der Tätigkeit des nicht spezialistischen Arztes zukommt,

und gleichzeitig den fast unheimlichen Umfang, den diese Störungen in der Pathologie des Kindesalters einnehmen.

Ich gestatte mir nun, auf meine Erfahrungen, soweit es eben meine Notizen zulassen, etwas näher einzugehen.

Unter meinen 308 Fällen von defekten Leistungen des Gehirns befanden sich 118 Fälle von Blödsinn, 20 Fälle von Imbezillität mit mindestens höchst zweifelhafter Bildungsfähigkeit, 113 Fälle von Schwachsinn, Minderwertigkeit usw., denen ich genügende Bildungsfähigkeit zuschreiben zu dürfen geglaubt habe, 9 Fälle von Psychosen, wohl auch meist heilbarer Natur, endlich, 48 Fälle von Myxödem und Mongolismus.

Es ist gewiß nicht uninteressant zu sehen, welch verhältnismäßig hohen Prozentsatz, nämlich beinahe 15 %, die, wenn man so sagen darf, extracerebral bedingten Fälle von mangelhafter Entwicklung der psychischen Funktionen in meinem Material einnehmen. Noch wichtiger erscheint mir der Umstand, daß unter den eigentlichen durch die Hirnorganisation selbst bedingten Schwächezuständen fast genau die Hälfte auch bei vorsichtiger Prognose Aussicht auf eine relative Heilung versprachen — vorausgesetzt natürlich, daß ihnen die Möglichkeit einer sachverständigen Behandlung geboten werden konnte.

I. Die Idiotie mit schlechter Prognose.

Unter den 118 Fällen schwerer Idiotie mit zur Zeit der Beobachtung völlig blödsinnigem Habitus befanden sich

a) 57 Fälle, bei denen körperliche nervöse Störungen nicht nachweisbar waren, 29 gehörten der torpiden, 28 der versatilen Form zu. Unter diesen 28 Fällen befanden sich 10, in denen das Leiden mit Wahrscheinlichkeit auf das Fehlen des Wortverständnisses zurückgeführt werden konnte (Seelentaubheit), deren Heilbarkeit zuerst von dem älteren Heller bewiesen worden ist. Sie hätten also wahrscheinlich der Idiotie mit guter Prognose zugerechnet werden dürfen, und damit wäre diese Kategorie in meinem Material sogar in die Majorität gekommen.

Von der torpiden Form kamen annähernd gleiche Zahlen auf die beiden Geschlechter: 16 auf das männliche, 13 auf das weibliche.

8 Fälle wurden schon im 1. Lebensjahre zugeführt (5 im ersten, 3 im zweiten Halbjahr des ersten Jahres).

9 Fälle im 2. Lebensjahre,
7 „ „ 3. „
3 „ „ 4. „
2 „ „ 6. „

Die Erkrankung wurde schon frühzeitig meist von den Eltern selbst an der Teilnahmlosigkeit und Gleichgültigkeit der kleinen Wesen erkannt, kein Lächeln, keine Aufmerksamkeit erschien. Fast in der Hälfte der Fälle, und das nämliche gilt für die ganze Kategorie, begannen zuerst krampfhafte Zuckungen die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, die wieder in der Hälfte der Fälle sehr frühzeitig, schon in der 3.—5. Woche, in der anderen Hälfte später, vom 5.—9. Monat, eintraten. Das war dann gewöhnlich der Moment, von dem an die bis dahin vielleicht befriedigende Entwicklung mit einem Male zum Stillstand kam und nun keine weiteren Fortschritte machte.

In einem Falle ging der deutlich sich ausprägenden Verblödung eine Periode mit Stridor laryngis voraus.

In zwei Fällen beobachtete ich typische Salaamkrämpfe; das Gesicht nahm plötzlich einen eigenen erwartungsvollen Ausdruck an, dann schlug Kopf und Oberkörper des sitzenden Kindes vornüber, während die Arme wie zur Adoration erhoben wurden. Diese Krämpfe traten übrigens nicht bei den Kindern im ersten, sondern bei denen im 2. und 3. Lebensjahre auf.

In mehr als der Hälfte der im Säuglingsalter diagnostizierten schweren Idiotien konnte ich die Diagnose und trübe Prognose durch den Verlauf in den nächsten Jahren sicher bestätigt sehen.

Auch die meisten der in den späteren Lebensjahren zugeführten kleinen Kranken hatten im frühen Säuglingsalter schon die Zeichen einer mangelhaften Entwicklung der psychischen Funktionen dargeboten und waren von da in dem tierischen Zustand, ohne jede Verarbeitung eines Sinneseindruckes, und jede willkürliche Tätigkeit, verblieben.

Unter den Ursachen dieser Form der Erkrankung spielte zunächst die ererbte Disposition eine nicht geringe Rolle. Ich muß hier bemerken, daß ich, da meist nur die Mütter das Kind begleiteten, über den etwaigen Einfluß des Alkoholismus seitens der Eltern keine sicheren Aussagen machen kann.

In 4 Fällen von den 29 waren die Eltern nervös belastet (Diabetes, Nervosität) oder waren schon idiotische Geschwister vorher geboren. Dreimal finden sich schwere Gemütsbewegungen oder heftiger Schreck der Mutter während der Schwangerschaft oder zur Zeit der Empfängnis, einmal wiederholte Erkrankungen während desselben Zustandes angeführt, zweimal schwere langdauernde Geburten.

Nur einmal soll der Stillstand der Entwicklung nach einem Fall aus dem Wagen im Alter von 3 Monaten erfolgt sein.

Im großen und ganzen weist bei dieser Form alles darauf hin,

daß die Erkrankung zweifelsohne schon in der Anlage des Organismus bedingt gewesen ist.

Etwas anders verhält es sich in meinen Fällen mit der *versatilen Form* der einfachen Idiotie, die neben der Verblödung durch große Muskelunruhe, durch choreiforme Bewegungen, durch ein fortwährendes Agitieren der jüngeren und durch unstätes Wesen, Zappeln und Vagieren der älteren Kinder charakterisiert war.

Hier überwogen in den 18 Fällen die Knaben mit 13 gegen 5, auch wurden nur 2 Fälle im Säuglingsalter zur Kognition gebracht, die Mehrzahl später.

2 im 2. Lebensjahre
7 „ 3. „
3 „ 4. „
1 „ 5. „
2 „ 6. „
1 „ 8. „

Also hier überwogen die späteren Jahre das erste Kindesalter.

Von einer nervösen Belastung der Familie war viel seltener in der Anamnese die Rede, dagegen waren hier wesentlich häufiger körperliche Krankheiten der Entwicklung der Idiotie vorausgegangen.

Zweimal Syphilis; das eine Mal hatte der Vater Lues gehabt, das andere Mal war die Mutter während der Schwangerschaft infiziert worden und das Kind stark syphilitisch, bevor die Idiotie sich entwickelte.

In 3 Fällen bildeten schwere Ernährungsstörungen und Darmerkrankungen den Hintergrund des sich entwickelnden Hirnleidens. — Ich selbst sah während eines schweren Choleraanfalles sehr bedenkliche Hirnsymptome sich entwickeln mit heftigen Krämpfen, die eine Venäsektion neben Kochsalzinfusionen nötig machten. Nachdem das Kind sich von der äußerst gefährlich aussehenden akuten Affektion erholt, mußten wir alsbald wahrnehmen, daß seine Aufmerksamkeit erloschen war. Völlige Verblödung, Blindheit (ohne objektiven Befund), unaufhörliche Muskelunruhe war der Ausgang des traurigen Falles. — In 5 der Fälle begannen auch hier die bemerkbaren Anomalien mit Krämpfen.

In einem Falle, des ältesten beobachteten 7 jährigen Kindes, war die Verblödung nach vorher normaler Entwicklung im 4. Lebensjahre im Anschluß an einen schweren Keuchhusten aufgetreten.

Es dürfte sich auch in diesen versatilen Fällen wohl meist um eine vorhandene Veranlagung gehandelt haben, aber es verdient vielleicht weiterhin Beachtung, inwiefern hier körperliches Erkranken den Anstoß zum Manifestwerden der schwachen Veranlagung gibt.

Die 10 Fälle, bei denen ich eine mangelhafte Entwicklung des Wortverständnisses annehmen zu dürfen glaubte, wurden alle erst in späteren Jahren zugeführt.

1	Fall	im	3.	Lebensjahre
3	Fälle	„	4.	„
4	„	„	5.	„
2	„	„	6.	„

Sie erregten sämtlich die Besorgnis vor allem dadurch, daß die Sprache nicht zur Entwicklung kommen wollte, aber es zeigte sich sehr bald bei der Untersuchung, daß nicht etwa nur die Fähigkeit des lautlichen Ausdrucks, sondern daß alle Begriffe fehlten, weil keine Zusammenbindung der Sinneseindrücke zur Einheit durch den Wortklang vorhanden war. Die Knaben überwogen mit der Zahl von 8 über 2 Mädchen. Auch hier hatte die Erkrankung in 60% der Fälle mit Krämpfen begonnen, doch waren diese in mehreren Fällen von so langer Dauer oder oftmaliger Wiederholung und in anderen Fällen wieder von so anhaltender Benommenheit und selbst Sopor begleitet, daß die Affektion mehr den Charakter einer selbständigen Krankheit als einzelner Anfälle, darbot. Einmal war diese im Verlaufe eines Keuchhustens aufgetreten. In einem Falle hatte das Kind als Säugling an langwierigen Darmkatarrhen, in einem anderen an schwerem Säuglingsskorbut gelitten.

Wenn nun auch in einer ganzen Reihe der beschriebenen Fälle von Idiotie recht wohl daran zu denken war, daß körperliche Erkrankungen des Gehirns keine ganz einflußlose Rolle bei ihrer Entwicklung gespielt hatten, so waren doch zur Zeit der Beobachtung bei ihnen irgendwelche Störungen der extracephalen Nervengebiete nicht nachweisbar.

b) Anders war dieses in der zweiten Kategorie der schweren Idiotieen, die ich beobachtete, deren Zahl 61 betrug.

1. Beinahe zwei Drittel dieser Fälle, in denen allen körperliche nervöse Störungen nachweisbar waren, die auf anatomische Hirnveränderungen hindeuteten, waren mit mehr oder weniger ausgesprochener allgemeiner Gliederstarre verknüpft.

Es waren dieses 37 Fälle, 22 Knaben, 15 Mädchen. Auch von ihnen kamen die meisten schon in ziemlich frühem Alter zur Beratung

3	Fälle	standen	im	1.	Lebenshalbjahre
2	„	„	„	2.	„
16	„	„	„	2.	Lebensjahre
8	„	„	„	3.	„
3	„	„	„	4.	„
4	„	„	„	5.	„
1	Fall	„	„	7.	„

Die sehr früh schon zu diagnostizierenden Fälle betrafen 2 Kinder, bei denen sich die Starre schon in den ersten Wochen bemerkbar machte,

und die Verblödung sehr bald nachher deutlich wurde. Das dritte im 1. Lebenshalbjahr zur Beobachtung gelangende Kind stammte aus einer Verwandtenehe, die schon das erste Kind an angeborener Katarakt und Idiotie hatten erkranken sehen müssen, und das zweite nun mit dem gleichen traurigen Leiden zu mir brachten.

Von den beiden schon in deren 2. Lebenshalbjahr zur Kognition gelangten Fällen war das eine Kind bis zum 7. Monat ganz rege und erkrankte scheinbar ganz plötzlich mit Krämpfen, an die sich die spastische Lähmung und Verblödung sehr rasch anschloß, das andere stammte aus einer belasteten Familie, deren erstes Kind an einfacher Idiotie (mit etwas myxöd. Habitus) von mir behandelt und früh gestorben war, und wo die Eltern den psychischen Verfäll und die Steifheit bereits im 7. Monat wahrnahmen. Hier war in der Familie der Frau Idiotie heimisch.

Alle sonstigen Fälle kamen erst vom 2. Lebensjahre an zur Behandlung. Auch den Eltern war in einer ganzen Reihe solcher Fälle keineswegs schon von den ersten Monaten an ein abnormes Verhalten der Kinder aufgefallen. Im Gegenteil finde ich in sieben meiner Fälle, also etwa dem fünften Teil, ausdrücklich angeführt, daß die Kinder bis zum 6., 8., 10. Monat, selbst bis zum Jahresende gesund und rege gewesen seien, und erst von da an Erscheinungen von Steifigkeit und Stillstand der Intelligenz dargeboten hätten. In einem Falle konnte ich diese sehr allmähliche Entwicklung selbst konstatieren.

Das betreffende Kind wurde mir im Alter von $2^3/_4$ Jahren zugeführt, weil es nicht laufen lernen wolle. Ich konstatierte damals großen Kopf, rachitische Knochenveränderungen, schlaffe Fußgelenke. Ein aufmerksamerer Untersucher hätte vielleicht schon damals Zeichen von nervöser Verursachung der mangelnden Gehfähigkeit gefunden; ich nahm rachitische Retardation an und behandelte demgemäß. Im Alter von fast 4 Jahren kam das Kind wieder, jetzt zeigte sich deutliche Imbezillität, noch völliger Mangel der Sprache, und Unfähigkeit, einen Auftrag auszuführen, jetzt auch deutlich spastischer Gang! Zwei Jahre später hatte sich die Sprache eingefunden, wenn auch noch unartikuliert, und die Intelligenz war erheblich besser, das Kind verstand jetzt alles, was ihr gesagt wurde.

Derartige Fälle sprechen in beredter Weise für die Auffassung, daß es sich bei vielen Idioten um eine labile Erkrankung handelt, um Zurückbleiben der Entwicklung, die unter Umständen erst spät Erscheinungen macht, wenn kompliziertere Anforderungen an das Kind herantreten, um ein Zurückbleiben, das aber im weiteren Leben auch einer Ausgleichung fähig ist, nachgeholt werden kann.

Nicht minder interessant sind Beobachtungen wie die folgende:

Ein Knabe ist von den ersten Lebenswochen an sehr reizbar, erregt, im 3. Monat Krämpfe, die sich von da an alle 2 Monate wiederholen, ein-

mal 10 Tage lang hintereinander dauert. Trotzdem aber zeigte sich gegen Ende des 1. Lebensjahres ein Ansatz zur Entwicklung des geistigen Lebens. Das Kind fängt an zu sprechen. Aber nur kurze Zeit dauert dieser Lichtblick, dann Stillstand und völlige Verblödung mit allgemeiner Starre Ende des 1. Lebensjahres.

Diese sowie manche andere Beobachtung verhältnismäßig späten Eintrittes des sonst offenbar angeborenen Symptomkomplexes scheinen mir einen schlagenden Beweis für die Fruchtbarkeit des zum ersten Male von EDINGER formulierten Gedankens von der Aufbrauchbarkeit der Nervensubstanz zu sein. Hier ist sie ganz ungewöhnlich frühzeitig vorhanden: gleich einem schlechten Instrument, einer schlechten Maschine, die kaum in Benutzung gezogen. nach wenig Arbeit bereits versagt, so stellt sich das Nervensystem dieser armen Kinder dar.

Auch in diesen Fällen meiner Beobachtung wurde der Rückgang der Funktion oft von Krämpfen eingeleitet. Es war dieses in 11 meiner Beobachtungen der Fall. Zum Teil traten diese allerdings schon in den ersten Lebenswochen auf. In einer anderen Kategorie meines Materiales war die Steifigkeit der Glieder das erste Symptom, das bald sehr früh, bald später auftrat, ganz allmählich oder rasch sich verstärkte. Hierzu mag wohl die Majorität der Fälle (16—20) gehören. Die Angaben sind hierüber teilweise lückenhaft.

In der Ätiologie spielte auch bei meinen Beobachtungen der LITTLE'sche Faktor der schweren oder frühen Geburt eine Rolle.

Die letzteren (7 mal angegeben) scheinen mir das eigentlich entscheidende Moment zu sein. Die schweren Geburten (5 mal angegeben) dürften weniger durch die Blutungen, als durch die schwere Schädigung des Gesamthirns infolge der Asphyxie schädigend wirken. Einmal wurde erzählt, daß das Kind während der ganzen ersten 8 Tage sehr elend gewesen sei.

In analoger Weise, die Ernährung des Gehirns beeinträchtigend. dürften auch jene Fälle ätiologisch aufzufassen sein, wo die Kinder durch langwierige Darmkatarrhe frühzeitig herunterkamen. Übrigens ist in einer Anzahl auch dieser Beobachtungen ein zweites ätiologisches Moment von wohl ebenso großer Bedeutung nachweisbar: das hereditäre. In 4 von den 12 LITTLE'schen Fällen handelte es sich um eine zweifellose Familiendisposition (Verwandtenehe, Vorkommen von Idiotie bei den Geschwistern oder der Aszendenz, Psychosen in der Familie).

Die hereditäre Belastung im allgemeinen war in 11 der zu dieser Kategorie gehörigen Fälle anamnestisch hervorgehoben. Dreimal handelte es sich um die Ehe zwischen nahen Blutsverwandten.

Die Prognose der Fälle dieser Kategorie war nicht ganz so schlecht, wie die der ersten. Einige der Kinder entwickelten sich im weiteren Verlaufe, zum Teil gegen meine Erwartung, doch noch einigermaßen so weiter, daß sie Bildungsfähigkeit erlangten.

2. Eine zweite Reihe der mit körperlichen Anomalien einhergehenden Fälle von Idiotie führt sich auf frühzeitig eingetretene Hirnaffektion zurück, gehört also zu den akquirierten Idiotien, wenn gleich auch hier eine angeborene Disposition wohl meist mit in Wirkung gewesen ist. — Es sind die Fälle, wo das Vorhergehen einer Encephalitis, und die, wo angeborene Hydrocephalie oder eine Meningitis mit Hydrocephalus den Ausgangspunkt der Idiotie bildete.

a) Der Fälle, wo nach meiner Diagnose Encephalitis vorhergegangen war, waren es 9 an der Zahl;

2 Fälle kamen im 2. Lebenshalbjahr zur Beobachtung
3 „ „ „ 3. Lebensjahr „ „
1 „ „ „ 5. „ „ „
2 „ „ „ 6. „ „ „
1 „ „ „ 7. „ „ „

Die Erkrankung begann in 5 von den 9 Fällen im 2. oder 3. Lebensjahre, in einem im Alter von 4 Monaten mit einer mehrwöchentlichen, fieberhaften von Krämpfen und Sopor begleiteten Erkrankung, in einem 7. Falle im 7. Monate mit Zuckungen im einen Arm, in dem 8. im 10. Monate. Der 9. Fall ist zweifelhaft, das betreffende Mädchen erkrankte im Alter von 7 Monaten mit tagelang fortdauernden Krämpfen, während deren eine hämorrhagische (exsudative) Retinitis auf beiden Augen sich entwickelte, mit späterer Netzhautatrophie und Erblindung.

Hereditäres Moment wurde nur in einem Falle notiert: bei einem mit $2^1/_2$ Jahren erkrankten im 7. Lebensjahre vorgestellten Knaben war auch der Bruder Idiot.

Das Resultat aller dieser Erkrankungen war bei der Untersuchung eine mehr oder weniger hochgradige Verblödung, mit halbseitiger spastischer Lähmung.

b) Von den idiotischen Hydrocephalen, 15 an der Zahl (10 Knaben, 4 Mädchen, 1 unbekannt), kam

1 Fall im 1. Lebenshalbjahr
6 Fälle „ 2. „
5 „ „ 2. Lebensjahr
je 1 Fall „ 3., 10. u. 12. Lebensjahr

zur Beobachtung.

9 dieser Fälle, die schon mit großem Kopfe geboren waren, oder wo die Erkrankung in den ersten Monaten schon sich zu äußern begann, dürfen ohne Bedenken unter die kongenitalen Fälle gerechnet werden.

In 3 Fällen finde ich keine Notizen über den Beginn der Erkrankung. —

Ein Fall war von besonderem Interesse:

Der 10 monatige Sohn eines Kollegen erkrankte unter Erscheinungen, die den Verdacht einer tuberkulösen Meningitis erweckten, der weitere Verlauf schien für die Richtigkeit der Diagnose zu sprechen, aber es trat kein Exitus ein und es entwickelte sich ein chronischer Hydrocephalus mit völliger Verblödung.

Der nächste Sohn des gleichen Vaters wurde mir im Alter von 6 Monaten mit dem Bilde der einfachen Idiotie ohne körperliche Anomalien vorgestellt.

Auch noch in einem anderen Falle spielte die hereditäre Belastung eine ominöse Rolle. Eine ältere Schwester war an Hydrocephalus gestorben, ein älterer Bruder war abnorm.

Die meisten der hydrocephalen Fälle boten das Bild der Verknüpfung von Idiotie und Gliederstarre.

c) Endlich reihe ich hier die fünf Fälle von Mikrocephalie an, die ich beobachtete, sämtlich bemerkenswerter Weise weiblichen Geschlechts, während in allen anderen Kategorien das männliche überwiegt. Sie kamen je im 2., 3., 4., 9. und 10. Lebensjahre zur Vorstellung.

In 4 Fällen schwere Idiotie mit Starre. Ein Fall dagegen gehörte zur Kategorie der Schwachsinnigen. Das 8 jährige Mädchen hatte sogar die Schule besuchen können, nur das Zahlenverständnis fehlte vollständig. In seiner Umgebung wußte das Kind ganz gut Bescheid. Der Schädel war exquisit mikrocephal.

II. Zwischen der Idiotie und dem bis zu gewissen Graden bildungsfähigen Schwachsinn stehen jene Zustände, die man als Imbezillität, schweren Schwachsinn, halbe Idiotie bezeichnet, wo zwar kein völlig tierischer Blödsinn vorhanden ist, aber die geringen Regungen geistiger Tätigkeit doch gewöhnlich Handhaben für eine Erziehung des betroffenen Kindes nicht darbieten, wo die in der Richtung begonnenen Versuche gewöhnlich bald wieder aufgegeben werden müssen. Diese ganze Einteilung kann natürlich nur den Zweck der Orientierung und gegenseitiger Verständigung haben, denn die Übergänge von der Idiotie zur Imbezillität einerseits und von dieser zur Debilität andererseits sind durchaus fließende, und es bleibt manchem Grenzfalle gegenüber schließlich

immer dem persönlichen Ermessen des Beobachters überlassen, ob er ihn in die eine oder andere Gruppe einordnen will.

Nach meinem Urteil gehören von meinen Beobachtungen zu dieser Gruppe 20 Kranke. Das weibliche Geschlecht überwiegt hier: 11 Mädchen gegen 9 Knaben.

Die 3 bevorzugten Lebensjahre waren das 3. bis 5., in denen 13 der vorgestellten Kinder standen, während die übrigen mit je einem Falle auf das 1. bis 11. Lebensjahr sich verteilten. Den Fall aus dem ersten Lebensjahre habe ich deshalb hierher, statt zur reinen Idiotie gezählt, weil bei dem sonst stumpfen Kinde doch ein gewisses Fixieren und eine gewisse Teilnahme an der Umgebung nachweisbar waren, so daß ich die Möglichkeit einer Entwicklungsfähigkeit wenigstens nicht völlig ausschließen zu sollen glaubte.

Im großen und ganzen entsprachen die Kinder dem im Kapitel der reinen Idiotie beschriebenen Verhalten. Auch hier war sehr deutlich eine torpide und eine versatile Form des ganzen Habitus zu unterscheiden (6 von den 20 Fällen unruhig, in rastlosem Zappeln und Zucken), auch hier waren in einigen Fällen spastische Zustände in den Extremitäten nicht zu verkennen, auch hier waren ähnliche ätiologische Momente vorhanden (Lues einmal: vorausgegangene Krankheit; Brechdurchfall einmal, Lungenentzündung zweimal: nervöse Belastung; Verwandtenehe je einmal, schwere Geburt einmal), kurz die Verhältnisse lagen sehr entsprechend; der Unterschied war nur der, daß bei den meist über das erste Kindesalter hinausgelangten kleinen Kranken der eine oder andere Zug, z. B. die Fähigkeit einen Gegenstand im Auge zu behalten, sich in der Umgebung, selbst auf der Straße zu orientieren, sich, wenn auch nicht durch deutliche Sprache, so doch durch unartikulierte Laute in einer, wie es schien, willkürlichen Weise auszudrücken, über einige spärliche Begriffe zu verfügen, wenigstens eine gewisse Färbung in das sonst so monotone Bild der Idiotie brachte, und prognostisch die Möglichkeit einer gewissen Bildungsfähigkeit nicht ganz ausschloß. In einem Falle war sogar der Versuch gemacht worden, das 9j. Mädchen in eine Hilfsklasse für Schwachsinnige zu bringen, aber ohne Erfolg. Es hatte gar nichts gelernt. — Derartige Fälle sind es, über die erst eine längere Beobachtung in einer gut geleiteten Anstalt die Entscheidung treffen kann, ob sie erzogen oder nur verpflegt werden können.

III. Ich wende mich nun zu der praktisch wichtigeren Kategorie der bildungsfähigen Kinder mit zurückgebliebener Hirnentwicklung, deren Zahl fast ebenso groß war, wie die der ersten, näm-

lich 113. Auch hier müssen wieder einzelne Gruppen unterschieden werden, wobei ich mich nach den gebräuchlichen Einteilungen richten möchte. Ich beobachtete

71 Fälle von Schwachsinn (Debilität),
24 „ von psychopathischer Minderwertigkeit,
8 „ von schwerer Zerstreutheit,
10 „ von Neurasthenie.

a) An den 71 Fällen von Schwachsinn fanden sich, wie bei den meisten anderen Formen, die Geschlechter zuungunsten der Knaben beteiligt; nämlich 47 Knaben gegen 24 Mädchen.

Die Lebensalter, in denen die Kranken zur Vorstellung kamen, verhielten sich wesentlich anders, als bei den im 1. Abschnitte besprochenen Formen, insofern hier die Jahre kurz vor und im Beginn des schulpflichtigen Alters beträchtlich überwogen. Einen Fall habe ich allerdings auch aus dem Säuglingsalter in diese Gruppe aufgenommen.

Es betraf einen 9 monatl. Säugling, der, körperlich gut entwickelt, psychisch ganz auffällig zurück war. Es kannte nicht einmal die Mutter, war ganz teilnahmlos, zapplig, stand nicht, hatte wenig Appetenz. Dies ging bis in den Anfang des 2. Jahres hinein so fort, von da an aber begann die geistige Entwicklung und allmählich wurde das Kind psychisch ganz normal.

Auch das zweite Lebensjahr ist hier noch ganz geringfügig vertreten. Die Zusammenstellung ergibt folgendes:

1	Fall	beobachtet	im	2. Lebenshalbjahr
3	Fälle	„	„	2. Lebensjahr
5	„	„	„	3. „
8	„	„	„	4. „
7	„	„	„	5. „
5	„	„	„	6. „
7	„	„	„	7. „
10	„	„	„	8. „
8	„	„	„	9. „
5	„	„	„	10. „
5	„	„	„	11. „
3	„	„	„	12. „
je 1	Fall	„	„	13., 14., 15., 16. Lebensjahr.
71	Fälle.			

Nun fällt freilich die Zeit der Vorstellung ebensowenig wie bei der Kasuistik des ersten Abschnittes mit dem Beginn der Erkrankung zusammen, und viele Fälle wurden auch deswegen verhältnismäßig spät zugeführt, weil die Störung nicht bedrohlich erschien, bevor in der Zeit des schulpflichtigen Alters stärkere Anforderungen

an die Kinder herantraten. Aber im allgemeinen traten doch die Symptome in der Tat vielfach auch erst später als dort hervor.

Angaben über hereditäre Disposition und schwerere Störungen im frühen Kindesalter finden sich in einem geringeren Prozentsatze vor, als dort.

Nur in 2 Fällen wurde von Geisteskrankheit, in 1 Falle von Krämpfen, in 2 Fällen von Syphilis in der Aszendenz berichtet; einmal war der Vater (allerdings Jahre vor der Zeugung des Kindes) Morphinist gewesen, einmal war eine Verwandtenehe eingegangen, der bereits vorher ein idiotisches Kind entsprossen war, 7 mal handelte es sich um erschwerte oder zu frühe Geburten. Dieses ätiologische Moment trat übrigens viel stärker in denjenigen Gruppen meiner Fälle hervor, die neben ihrem Schwachsinn mehr oder weniger ausgesprochen spastische Symptome besonders der unteren Extremitäten wahrnehmen ließen. Ihre Zahl betrug 25. Während nun unter der anderen 47 Fälle umfassenden Gruppe nur 2 Fälle von regelwidriger Geburt berichtet wurden, war es bei jenen 5 mal der Fall.

Auch Erkrankungen im frühen Kindesalter scheinen im ganzen nicht eben häufig den Anlaß zum Manifestwerden der ersten Erscheinungen der Hirnstörung gegeben zu haben.

Das Vorkommen von Krämpfen in den ersten Kinderjahren wird nur 6 mal erwähnt, 2 mal scheint eine Encephalitis im 2. Lebensjahre vorgekommen zu sein, 2 mal schwerer Keuchhusten, einmal ging dem Stillstand der geistigen Entwicklung langdauernde Purpura voraus.

Man sieht, daß im großen und ganzen alle diese ätiologischen Faktoren gegenüber der Gruppe des ersten Abschnittes etwas in den Hintergrund treten.

Dagegen handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um eine Verlangsamung der Entwicklung, die meist gleichzeitig körperlicher wie geistiger Natur ist und auf dem Gebiete der Hirnfunktion zunächst immer die Sprache betrifft. Erst im weiteren Fortschreiten des Alters bemerkt man dann gewöhnlich die Insuffizienz des Gedächtnisses, der Assoziationen, die späterhin nicht selten auf besonderen Gebieten der psychischen Leistung in besonders hervorragendem Maße sich abspielen. Ein Teil dieser Kinder, und zwar der größere, pflegt praktischen Dingen gegenüber leidlich begabt zu sein, während jede Leistung, die Zusammenfassen von Begriffen, Verarbeitung dieser zu Gedanken und Gedankenreihen und Konzentration der Aufmerksamkeit erfordert, völlig unmöglich oder doch sehr unvollkommen ist. Wo die Erkrankung eine nicht zu hochgradige ist, gibt es dann wieder auf diesem höheren geistigen Gebiete 2 Nuancen. Die eine umfaßt Kinder, denen alles Formale, z. B. die Grammatik der eigenen und etwa einer fremden Sprache, ganz und gar unzugänglich scheint, während

ihnen das Lösen mathematischer Aufgaben leichter von statten geht, die andere solche, bei denen jedes, auch das einfachste Rechnen, ganz unmöglich ist.

Unter meinen 47 Fällen nicht mit eigentlichen körperlichen nervösen Störungen verbundenen Schwachsinnes ist 14 mal die Kongruenz in dem Zurückbleiben der körperlichen und geistigen Funktionen ausdrücklich hervorgehoben. Ebenso dürftig und langsam wie die Sprache und die Intelligenz sich entwickelten, ebenso spät lernten die Kleinen sitzen, stehen, gehen, essen, sich durch Bewegungen orientieren.

Und unter den 25 Fällen mit leichteren oder stärkeren spastischen Zuständen war dieses 12 mal der Fall, ja die Verspätung des Stehens und Gehens trat eigentlich bei fast allen diesen Kindern hervor.

In der Hälfte der Fälle ungefähr handelt es sich bei diesen schwachsinnigen Kindern um das beschriebene ganz allgemeine, den Gesamtorganismus umfassende Zurückbleiben der Entwicklung. Ein Fall, wo Mikromelie und Schwachsinn gepaart waren, stellte den extremen Typus dieser Form dar. Solche Fälle lehren besonders eindringlich, wie wichtig es für den Therapeuten ist, der Körperpflege die gleiche große Aufmerksamkeit zu schenken, wie der geistigen Erziehung.

In der anderen Hälfte tritt der Defekt in der körperlichen Entwicklung wenig oder gar nicht hervor. Das traf besonders bei denjenigen Fällen zu, wo die Erscheinungen der geistigen Insuffizienz, namentlich weniger aufmerksamen Eltern, oft erst in den Jahren bemerkbar wurden, wo die Leistungen sich vermehren und erhöhen sollten. Aus diesen Fällen setzen sich die größeren Zahlen des mittleren Kindesalters in meiner oben angeführten Alterstabelle zusammen, wo das 5.—9. Lebensjahr mir die größere Hälfte aller meiner Beobachtungen lieferte.

Besonders bei dieser Gruppe nun, wenn auch in der ersten manche Kinder ebenfalls Andeutung davon erkennen lassen, fällt aber noch eine zweite Verschiedenheit im Verlaufe auf, die prognostisch und vielleicht auch therapeutisch, nicht bedeutungslos ist. — In der einen (in meinen Beobachtungen größeren) Hälfte (26 von 37) handelt es sich um eine Verzögerung der Entwicklung ganz stetiger Art, so daß im Laufe von Monaten und Jahren Schritt vor Schritt eine progressive Aufbesserung und Vermehrung der psychischen Funktionen sich bemerkbar macht. Hier hängt die Prognose davon ab, bis zu welcher Stufe dieses Nachholen der zurückgebliebenen Entwicklung vorwärts schreiten wird. Das geschieht im Einzelfalle oft in stärkerem Grade, als man bei der ersten Untersuchung wohl erwarten möchte. —

Ganz anders verhält sich die andere Hälfte (beziehentlich das Drittel, in meinen Beobachtungen 11 von 37). Da steht die bis dahin scheinbar gute Entwicklung bald in früheren, bald in späteren Kinderjahren still, und verharrt nun entweder Monate oder Jahre lang auf der erreichten Stufe oder wird rückläufig. Diese Fälle scheinen mir prognostisch die ungünstigeren zu sein, weil hier wenigstens in einem Teil der Fälle jenes EDINGER'sche Gesetz der Aufbrauchung der Nervensubstanz viel zu frühzeitig in die Erscheinung tritt. Auszunehmen dürften solche Fälle sein, wo ein Trauma (unter meinen Beobachtungen nur einmal) die Ursache des Stillstandes bildet, weil hier eine Wiederausgleichung doch eher möglich sein dürfte, oder wo körperliche Erkrankungen eine Störung der Entwicklung herbeigeführt haben, die eventuell durch Behandlung zu beseitigen ist. Jedenfalls scheinen mir diese Fälle besonders wichtig für den inneren Arzt zu sein, der hier allen Scharfsinn bei der anamnestischen und objektiven Untersuchung aufzuwenden hat, um eine etwaige latente Erkrankung extracerebraler Organe zu entdecken. Namentlich die Heredosyphilis scheint hier eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen, und bei Fehlen aller sonstigen Anhaltspunkte halte ich in solchen Fällen einen Versuch mit einer dahin gerichteten Behandlung für statthaft. In dieser Beziehung sind die wiederholten Hinweise des erfahrenen FOURNIER gewiß beherzigenswert. —

IV. Vom Schwachsinn habe ich noch eine Gruppe von 24 Beobachtungen ausgeschieden, die logisch wohl unter diese Kategorie gehören, aber klinisch sich doch unter einem etwas anderen Bilde darstellen, als der gewöhnliche Schwachsinn. Sie sind zuerst wohl von pädagogischer Seite mit der Bezeichnung der psychopathischen Minderwertigkeit versehen worden und dürften sich zum Schwachsinn etwa wie die Imbezillität zur Idiotie verhalten. Der intellektuelle Schwachsinn tritt in dem ganzen Habitus weniger hervor, wie die voluntäre Insuffizienz, die Schwachmütigkeit. — Unter den hierher gehörigen 24 Fällen meiner persönlichen Erfahrung gehörten 19 dem männlichen, nur 5 dem weiblichen Geschlecht an.

In der Natur der Sache liegt es, daß Beobachtungen über die hier einschlagenden Anomalien erst in vorgerückteren Altersstufen möglich sind.

Die jüngsten meiner Beobachtungen fallen ins 5. Lebensjahr.

Es standen	4	Fälle	im	5. Lebensjahr
	2	„	„	6. „
je	3	„	„	7. u. 8. „
	5	„	„	9. „
je	2	„	„	10. u. 11. Lebensjahr
und je	1	„	„	12., 13. u. 14. „

In diesen Fällen trat also nicht sowohl die erhebliche Schwäche der Intelligenz, des Gedächtnisses, der Kombinationsgabe usw. in den Vordergrund, wenngleich bei mehreren auch über eine abnorme Langsamkeit aller geistigen Vorgänge geklagt wurde — als die Schwierigkeit zur Aufwendung von Willensenergie bei irgend welcher Gelegenheit, wo sie erforderlich gewesen wäre. Dabei macht sich die mangelhafte Gewalt des Kranken über die Vorgänge in seinem zentralen sowohl, wie in seinem peripherischen Nervensystem in sehr verschiedenartiger Weise geltend. Auf psychischem Gebiete: insofern es gerade bei derartigen Kindern nicht selten zu allerhand explosiven oder bizarren Handlungen kommt, die geradezu den Verdacht der Psychose erwecken können.

In einem Falle z. B. ging ein Knabe in der Schule unvermittelt auf den Lehrer los und sprach ihn mit Du an; in einem anderen war ein 6jähriger Knabe in der Schule ruhig und gehorsam, zu Hause dagegen ein nicht zu bändigender Bursche, der unter Tisch und Sofa kroch, wenn er zu Bett gehen sollte, und durch konsequentesten Ungehorsam die Mutter zur Verzweiflung brachte; in einem dritten Fall hatte ein 10jähr. Mädchen das zuerst nach Influenza an Herzpalpitationen mit Angstanfällen erkrankt war, im weiteren Verlaufe zuweilen ganz unmotiviert maniakalische Wutausbrüche gegen die ihr zärtlich zugetane Mutter; ein vierjähriges Mädchen, durch turbulente Scenen seitens des geisteskranken Vaters erregt, bekam bei jedem Krümelchen, das ihr beim Essen in den Halz kam, Erbrechen und war abwechselnd aufgeregt und melancholisch; ein 8jähriger Knabe litt von seinem dritten Lebensjahr an an Somnambulismus, eine krankhafte Erscheinung, die auch bei der Mutter in deren Kindheit vorhanden gewesen war; ein 6jähriger Knabe zeigte bei der ärztlichen Untersuchung regelmäßig einen förmlichen Stupor mit Katatonie, die vorübergingen, wenn der Arzt außer Sicht war (auch sonstige hysterische Züge waren in dessen Krankheitsbild); ein 8jähriger Knabe gefiel sich, in jeder Gesellschaft allerlei Faxen und Schnurren auszuführen, eine Korona um sich zu sammeln und die komische Figur zu spielen; ein 7jähriger Knabe griff jedem Dienstmädchen unter die Röcke. In allen diesen Fällen waren aber neben den geschilderten Zügen immer deutliche Zeichen von mangelhafter Entwicklung der Intelligenz vorhanden.

In einer anderen Reihe dieser Fälle spielte sich der Mangel an Willensenergie mehr auf psychisch motorischem Gebiete ab.

Ein 13jähriges Mädchen z. B. (mit angeborner Gaumenlippenspalte) war schon als 2jähriges Kind verschlossen, träge, schwer beweglich.

Später war sie furchtbar faul, zu keiner Bewegung konnte sie sich entschließen, selbst das Klosett aufzusuchen war ihr zu viel.

Interessant waren drei Fälle von plötzlichem Versagen des Willensimpulses.

So bringt ein 4jähriger Knabe, der sonst schon leidlich spricht, anfallsweise kein Wort heraus, wenn er gefragt wird, zittert, stottert dabei unter den Zeichen großer Angst. Ein 9jähriger Knabe hört mitten im Lautlesen, Lautrechnen usw. plötzlich auf, fortzufahren und ist durch keinerlei Mittel zur Fortsetzung zu bewegen. Es ist alles mit einem Male wie abgeschnitten. Bei einem 11jährigen Mädchen tritt dieses Versagen oft mitten im privaten Unterricht ein, so daß die Lehrerin ganz außer sich gerät.

In anderen Fällen verrät sich die mangelhafte Beherrschung im Gegenteil durch eine unaufhörliche Muskelunruhe, durch ein zappeliges, daneben oft täppisches Wesen, oder eine aufgeregte Übertreibung aller Gesten.

Sehr bemerkenswert scheint es mir, daß 7 dieser 24 Fälle an Enuresis, davon 4 an Enuresis diurna litten: offenbar ein derselben Quelle, der mangelhaften Beherrschung peripherer nervöser Organe, entstammendes Symptom.

Ziemlich oft zeigten derartige Kinder auch körperliche Degenerationszeichen: die Gaumenlippenspalte wurde schon erwähnt, ferner beobachtete ich Astigmatismus, Fehlen einer Hand, Atrophie einer Hand, Hypospadie in je einem Falle.

Kranke dieser Art gehören zu den schwierigsten Problemen für den Heilpädagogen, sind aber zweifelsohne unter sachverständiger Führung noch manchmal zu nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft heranzubilden.

V. Anschließend an diese Gruppe seien einige Fälle von schwerer Zerstreutheit erwähnt, die mir im Laufe der Jahre begegneten. Ich sondere sie von der vorigen Gruppe deshalb ab, weil nicht in allen Fällen eine Schwäche der Intelligenz oder des Gedächtnisses nachweisbar war, sondern nur der Mangel der Fähigkeit zur Konzentration vorzuliegen schien. In solchem Falle ist die Prognose gewöhnlich weit besser als in jenen, es handelt sich dann um ein Zurückbleiben der Entwicklung einer Funktion, das später völlig nachgeholt werden kann. Ja manchmal zeigen sich solche Kinder später in gewissen Richtungen geradezu hervorragend begabt.

Diese Fälle scheinen nicht so häufig zu sein. Unter meinen 308 Beobachtungen finden sich acht.

Sie betrafen ausschließlich Knaben und ausschließlich das spätere Kindesalter, die Jahre nach der Pubertät zu. Vier Fälle befanden sich im 10. u. 11., vier Fälle im 12.—14. Lebensjahre. — Nur in einem Falle notierte ich Zeichen, die auf krankhafte Disposition schließen ließen: Frühgeburt und ein lange bestehendes Gesichtszucken. — In mehreren Fällen wurde die sonst gute Begabung oder die Fähigkeit einer trefflichen Empfänglichkeit allen realen Eindrücken des äußeren Lebens gegenüber hervorgehoben, während diese Fähigkeit auf der Schulbank sofort versagte. Mehrfach war Masturbation im Spiele.

Man darf derartigen Fällen gegenüber getrost eine gute Prognose stellen und die Eltern nur mit Geduld wappnen. Das freilich ist wohl oft nicht zu umgehen, daß man derartige Individuen aus Schulen, wo Klassen mit zahlreichen Schülern ja leider oft zu monotonen Drillkäfigen herabsinken müssen, entfernt und privatim erziehen läßt, oder in ländliche Anstalten übersiedelt, wo individuelle Erziehung und Bildung möglich. Kommen solche Kinder z. B. in ein nach LIETZ'schen Prinzipien geleitetes Landerziehungsheim, da kann sich das Blatt oft mit einem Schlage wenden.

VI. Weit weniger günstig sind die Aussichten bei den neurasthenischen Kindern, die mir in der Zahl von 10 vorkamen. — Sie betrafen fast nur Knaben (nur ein Mädchen war darunter) und das spätere Kindesalter. 7 Fälle befanden sich im 11.—13. Lebensjahre, nur einer im 7., die anderen zwei im 15. und 16. — Diese Kategorie dürfte vielleicht noch in engeren Anschluß an die Gruppe IV. zu setzen sein, als die Zerstreuten. Das Grundsymptom dürfte die abnorm rasche Ermüdbarkeit der nervösen Substanz sein, mag es sich um sensible, motorische oder psychische Leistungen handeln. Auch die scheinbar große Reizbarkeit der Sinnesorgane, die man wohl auch als charakteristisch für diese Art von nervöser Erkrankung ansieht, dürfte wohl im Grunde auf deren rasche Erschöpfbarkeit zurückzuführen sein. Die Folge ist, daß Sinneseindrücke von einer gewissen Stärke (Musik z. B.) oder Dauer (Richtung der Beobachtung auf bestimmten Gegenstand, Anschauungsunterricht) rasch unerträglich werden und vermieden werden müssen.

Die Müdigkeit und Abspannung die auch der an sich nicht anstrengende Unterricht bei solchen Kindern nach sich zieht, führt zu einer verdrossenen, sorgenvollen, weinerlichen Stimmung, die sich allmählich zur Angst vor der Schule, zu nervösem Erbrechen, Weinanfällen u. dgl. am frühen Morgen äußert, während der Abend im Kontrast dazu durch exaltatives Gebaren ausgezeichnet sein kann.

So bringen derartige Kinder, wenn der Schulzwang bestehen bleibt, ein freudloses Dasein hin. Sie sind und bleiben natürlich bildungsfähig, aber wie es mit den Leistungen des späteren Lebens aussieht, darüber wird man sich recht vorsichtig äußern müssen. Behutsame Einzelerziehung mit ländlichem Aufenthalt dürfte auch für sie wohl am meisten zu empfehlen sein.

VII. Von reinen Psychosen beobachtete ich — der Natur der Sache nach — nur wenige; da diese gewöhnlich bald die Hilfe des psychiatrischen Fachmannes aufzusuchen pflegen. Unter den 9 Fällen meiner Beobachtung handelte es sich wieder fast nur um Knaben, nur ein Mädchen war darunter, die jüngste der Fälle, erst im 5. Lebensjahre stehend, alle übrigen waren älter, sechs standen im späteren Kindesalter (10.—15. Lebensjahr). In den weitaus meisten Fällen war der Charakter der Erkrankung durch Angstgefühle beherrscht.

In einem Falle äußerte er sich in Gestalt einer eigentümlichen Grübelsucht. Der 14jährige Knabe hatte die große Angst, irgend etwas nicht ganz gewissenhaft zu machen. Die größte Sorge machte ihm, daß er einmal nicht ganz zur rechten Zeit sein Gebet verrichten würde. War eine Nadel, ein Splitterchen auf den Boden gefallen, so konnte er lange danach suchen, bis er es gefunden, sonst könnte es jemanden beschädigen. Gefragt wie es ihm gehe, antwortet er „gut, vielleicht“, um ja keine Unwahrheit zu sagen usw. Seine Mutter litt jahrelang am gleichen Zustand. Dieses Leiden hinderte übrigens den Knaben nicht, seine Studien mit Auszeichnung zu absolvieren und glänzende Verhältnisse, in denen er sich befand, rühmlich auszugestalten.

Ich möchte nicht schließen, ohne eine Nutzanwendung aus meinen Erfahrungen zu ziehen, die mir für alle die wir hier versammelt sind, von Bedeutung zu sein scheint.

Rekapituliere ich nochmals meine Zahlen, so stehen den 118 oder vielleicht nur 108 Fällen von Idiotie, die nach meiner Prognose dauernd hilflose Insassen von Pflegeanstalten zu bilden die traurige Bestimmung hatten, 113 oder vielleicht 123 Kranke gegenüber, die als bildungsfähig angesehen werden mußten. Dazu kommen wahrscheinlich von den 20 als imbezill bezeichneten kleinen Kranken noch der eine und andere, so daß also nach meiner Erfahrung etwa in der Hälfte der geistig mangelhaft entwickelten Kinder der Versuch einer Erziehung gerechtfertigt ist.

Über die Resultate, die im einzelnen Falle würden erreichbar sein, läßt sich zu der Zeit, wo die schwere Aufgabe der Bearbeitung

dieser kümmerlichen Pflanzen beginnt, freilich nichts Bestimmtes aussagen, doch scheinen mir die meisten Sachverständigen jetzt der Meinung zu sein, daß die Aussichten bei geeigneter Methodik immer bessere werden.

Nun brauche ich in dieser Versammlung nicht zu erörtern, daß eine solche Erziehung eine Kunst mit einer ganz besonders ausgestatteten Methodik ist, also nur von hierzu besonders vorgebildeten Kräften und in besonderen Anstalten oder wenigstens von besonderen Erziehern ausgeübt werden kann. Ob diese nun Pädagogen von Beruf sind und unter Hinzuziehung eines Arztes ihre Zöglinge leiten, oder Ärzte, die pädagogisch gebildet sind und Erziehertalent haben (ich kenne auch hiervon glänzende Beispiele), das scheint mir nicht von prinzipieller Wichtigkeit zu sein, wenn ich auch ceteris paribus dem letztgenannten Verhältnis den Vorzug geben möchte. Die Hilfsklassen für Schwachsinnige ergeben vielfach so erfreuliche Resultate, daß der Wert der rein pädagogischen Leistung schon klar genug erkennbar ist. Aber unter meinen älteren Patienten befanden sich doch eine recht große Zahl, für die auch der Unterricht in der Hilfsklasse keine Resultate zu erzielen im stande war, die also auf eine noch individuellere Methode hinzuweisen waren. Und nicht ohne Hinblick auf die Behandlung habe ich auf den erheblichen Prozentsatz dieser Kranken hingewiesen, der neben der geistigen Entwicklungshemmung, teils verschiedenartige nervöse körperliche Störungen, teils wenigstens ein allgemeines körperliches Zurückbleiben erkennen ließen. So bricht sich immer mehr die Überzeugung Bahn, daß hier eine den ganzen Menschen, Geist und Körper umfassende Erziehung Platz greifen muß, wie sie eben nur in dazu besonders eingerichteten Anstalten möglich ist.

Fragt man nun nach der Darlegung des vorhandenen Bedürfnisses, wie es zurzeit mit seiner Deckung steht, so lautet die Antwort geradezu niederdrückend. Tagtäglich, möchte ich sagen, befinde ich mich in einer peinlichen Verlegenheit, wenn ich in der Poliklinik Eltern solcher Kinder, die vielleicht aus weiterer Ferne hergereist sind, einen Rat geben soll. Schon die Pflegeanstalten sind ja nicht so zahlreich, und die Aufnahme in solche den unbemittelten, etwa nicht heimatsberechtigten Teilen der Bevölkerung oft recht sehr erschwert — fragt man aber nach Heil- oder Erziehungsanstalten für Unbemittelte, so gähnt eine allgemeine Leere.

Und was die Anstalten für Bemittelte anlangt, so ist deren Zahl zwar den Anzeigen und Prospekten nach, die man zugesendet bekommt, keine so spärliche — aber ein wissenschaftliches Urteil

über ihre Leistungen sich zu bilden, ist man nicht in der Lage, weil nur äußerst sporadisch wirklich brauchbare Jahresberichte mit guten Krankengeschichten aus diesen Anstalten hervorgehen. Man ist also genötigt, wenn man eine Anstalt empfiehlt, in der Hauptsache die wenigen Gelegenheiten zu benützen, die man persönlich oder durch Mitteilung Sachverständiger kennt. Und wie oft habe ich schon solche Empfehlungen gegeben, ohne auch nur erfahren zu haben, ob sie befolgt worden sind, und wenn sie es waren, wie selten habe ich über die weiteren Schicksale der Kranken etwas in Erfahrung gebracht.

Hier besteht also zum Schaden einer großen Zahl von unsere Hilfe suchenden schwachsinnigen Kindern ein schwerer Mangel, dem abzuhelfen eine der Aufgaben unseres Kongresses bilden sollte. — Sie würde meiner unmaßgeblichen Meinung nach vorderhand eine doppelte sein, einmal bei Staat und Stadt die Errichtung von Bildungsanstalten für unbemittelte solche Kinder anzuregen, zum anderen, den Ärzten eingehendere Kenntnis guter Anstalten für besser situierte schwachsinnige Kinder dadurch zu vermitteln, daß man deren Leiter zur Herausgabe brauchbarer Jahresberichte mit ordentlichen Krankengeschichten zur Erläuterung der erzielten Resultate anregt, und dann eventuell beim nächsten Kongreß eine auf solchen Berichten fußende wissenschaftliche Übersicht über die vorhandenen heilpädagogischen Einrichtungen herausgibt.

Über Gewichtstäuschung bei anormalen Kindern.

Von

Dr. med. **Ed. Claparède,** Directeur du Laboratoire de Psychologie
an der Universität Genf.

(Vortrag, gehalten auf dem Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge, 1.—4. Oktober 1906 zu Berlin.)

Es ist jedermann bekannt, daß zwischen zwei Gegenständen von gleichem Gewicht, aber ungleichem Umfange, das größere als leichter erscheint. Demoor (aus Brüssel) hat bemerkt, daß diese bei den normalen Individuen ganz allgemeine Täuschung bei anormalen Kindern nicht vorkommt oder sogar umgekehrt ist: der größere Gegenstand erscheint ihnen schwerer.

Da ich meinerseits einige Untersuchungen darüber bei zurückgebliebenen Kindern einer Hilfsklasse in Genf unternommen habe, so konnte ich feststellen, daß wirklich die Gewichtstäuschung bei ihnen oft fehlte, und dies namentlich bei denjenigen, die man (mit Demoor) als medizinisch Zurückgebliebene, den einfachen pädagogisch Zurückgebliebenen gegenüber bezeichnen kann. Demnach habe ich vorgeschlagen, diese Anomalie der Gewichtstäuschung „Demoor's Phänomen“ (Signe de Demoor) zu benennen.[1])

Seit dieser ersten Untersuchung habe ich Gelegenheit gehabt, was die Gewichtstäuschung anbelangt, sämtliche Schüler der Hilfsklassen der Stadt Genf einer Prüfung zu unterziehen. Eine Kom-

[1]) Claparède, L'illusion de poids chez les anormaux et le Signe de Demoor, Arch. de Psychologie, II, 1902, p. 22.

mission war mit der Statistik der verschiedenen Arten der Zurückgebliebenen der Hilfsklassen beauftragt und als Mitglied dieser Kommission habe ich die Gewichtstäuschung bei jedem Kind geprüft, um zu sehen, ob eine Beziehung zwischen dem DEMOOR'schen Phänomen und dem Grade der Zurückgebliebenheit stattfindet.

Bei der Illusionsprüfung wurden zwei würfelförmige hölzerne Schachteln gebraucht, welche 16 cm bzw. 8 cm pro Seite maßen, und deren jede genau 345 g wog. Bei den normalen Versuchspersonen erscheint die durch diese beiden Schachteln erzeugte Illusion sehr bedeutend. Wenn man die Illusion mißt durch das der größern Schachtel nötige Zugewicht, um diese eben so schwer wie die kleinere erscheinen zu lassen, so konstatiert man, daß dieser Zuwachs ungefähr 200 oder 250 g beträgt.

Jedes Kind wurde einem einzigen Versuch unterworfen. — 160 zurückgebliebene, von 7—15 Jahre alte Kinder wurden so geprüft. Diese Kinder ließen sich psychopädagogisch in 3 Klassen einteilen:

I. Einfach Zurückgebliebene (durch vernachlässigte Erziehung, frühere Krankheiten usw.).

II. Durch körperliche oder nervöse Debilität Zurückgebliebene; Unfügsame (ohne ausgeprägte Geistesschwäche).

III. Anormale, mit eigentlicher Geistesschwäche (doch keine wirklichen Idioten; alle geprüften Kinder waren selbstverständlich in einem gewissen Maße schulfähig).

Folgendes sind die erworbenen Resultate:

I. Unter 97 einf. Zurückgebl. wurde das DEMOOR'sche Phänomen 1 mal gefunden, also in 1 % der Fälle.

II. Unter 37 Debilen wurde das DEMOOR'sche Phänomen 3 mal gefunden, also in 8 % der Fälle.

III. Unter 26 Anormalen wurde das DEMOOR'sche Phänomen 17 mal gefunden, also in 65 % der Fälle.

Wir können demnach aus dieser Untersuchung schließen, daß, wenn das DEMOOR'sche Phänomen nicht ein konstantes Zeichen der Geistesschwäche ist, es doch ein bedeutendes Symptom dieses pathologischen Zustandes bildet, dessen Anwesenheit auf einen wirklichen geistigen Mangel hinweist.

In seinem bemerkenswerten Buche über die Arriération mentale (Brüssel 1904, p. 154) erwähnt LEY, daß alle die tief

Zurückgebliebenen, die er geprüft hat, selbst 17jährige, ausnahmslos das DEMOOR'sche Phänomen zeigten.

J. BOYER, der Direktor des unter BOURNEVILLE's Oberleitung stehenden medico-pädag. Instituts in Vitrysur-Seine, hat gefunden, daß das DEMOOR'sche Phänomen sich öfter bei den intellektuell als bei den moralisch Schwachsinnigen findet.[1]) ESTACHY[2]), der die Gewichtstäuschung bei 65 Kindern einer Zwangserziehungsanstalt (Kolonie) geprüft hat, berichtet daß die größere Illusion bei den besten, die schwächere bei den am meisten Degenerierten, den kleinen Brandstiftern, stattfindet.

Wir können nun das DEMOOR'sche Phänomen als ein Zeichen der geistigen Degeneration betrachten. — Für eine solche Interpretation spricht auch die Psychophysiologie der Gewichtstäuschung.

Woher kommt diese Täuschung?

FLOURNOY hat die beste Aufklärung dieses Ergebnisses geliefert: „Die Gewichtswahrnehmung eines Gegenstandes hängt von der Geschwindigkeit der Hebung ab. Infolge einer erblichen Erfahrung bemißt sich der unbewußte motorische Impuls automatisch nach dem wahrscheinlichen Gewichte, und demnach, wenn sonst alles gleich ist, nach dem sichtbaren Umfange der zu hebenden Gegenstände; also werden die größeren Gegenstände rascher gehoben, und daher für leichter gehalten.“ [3])

Ich habe experimentell die Richtigkeit der FLOURNOY'schen Annahme bestätigt, indem ich durch die Registriermethode gezeigt habe, daß die Hebungsgeschwindigkeit von Gewichten großen Umfangs eine weit größere ist, als diejenige von Gegenständen kleineren Umfangs (obwohl gleicher Schwere).[4])

Man muß also annehmen, daß, wenn bei anormalen Kindern eine Gewichtstäuschung nicht stattfindet, die Ursache darin zu suchen ist, daß bei ihnen der motorische Impuls sich nicht nach dem Umfange des zu hebenden Gegenstandes richtet.

Ich habe gerade mit der Registriermethode konstatiert, daß die mit dem DEMOOR'schen Phänomen behafteten Kinder größere Gegen-

---

[1]) BOYER, A propos de l'illusion musculaire. Bull. Soc. pour l'Étude psychol. de l'Enfant, Oct. 1903, p. 321.

[2]) ESTACHY, Ibid., p. 323.

[3]) FLOURNOY, De l'influence de la perception visuelle des corps sur leur poids apparent. Année psychol., I, 1894.

[4]) CLAPARÈDE, Expériences sur la vitesse du soulèvement des poids de volume différent. Arch. de Psychol., I, 1901, p. 68.

stände nicht rascher heben als kleinere, was dagegen bei normalen Kindern stets der Fall ist.[1])

Aber warum bemißt sich nicht bei Anormalen der Impuls nach dem Umfange des Gegenstandes? Wir haben gehört, daß nach Flournoy dieses Anpassen auf erblichen, instinktiven Verbindungen beruht. Bei den Anormalen, die Degenerierte sind, sind diese instinktiven Verbindungen sehr wahrscheinlich dissoziiert. Die Degeneration ist in der Tat von biologischem und psychologischem Standpunkte nichts anderes als eine Dissolution instinktiver Prozesse.

[1]) Claparède, L'illusion de poids chez les anormaux, loc. cit.

Über eine zu „Idiotie" führende Erkrankung (Angiodystrophia cerebri).

Von

Otto Ranke-Wiesloch.

Mit 2 Tafeln und 7 Abbildungen im Text.

> **„De toutes les maladies dites mentales, il n'en est aucune sur laquelle l'anatomie pathologique soit appelée à jeter un plus grand jour que sur l'idiotie."**
> **Cruveilhier, Traité d'anatomie pathologique, 1845.**

Was von den Psychosen, speziell auch von der progressiven Paralyse vor den grundlegenden Arbeiten Nissl's und Alzheimer's gesagt werden mußte, dasselbe gilt heute noch von dem weiten Gebiete idiotischer Zustände: Wir besitzen für sie zwar eine große Anzahl pathologischer Einzelbefunde, nicht aber eine eigentliche histologische Pathologie.

Gewiß sind — vornehmlich im Verlaufe des letzten Jahrzehnts — erfolgreiche Versuche gemacht worden, einzelne klinisch-anatomische Formen als pathologische Einheiten abzugrenzen. Ich erinnere nur an Bourneville's tuberöse Sklerose und an die familiäre amaurotische Idiotie von Sachs und Tay. Aber auch für diese bestbekannten Krankheitsbilder fehlen eigentliche histologische Untersuchungen, welche den feineren Veränderungen in allen Gewebsbestandteilen Rechnung trügen, bisher noch völlig, und über die große Mehrzahl der zu „Idiotie" führenden Erkrankungen, so z. B. über die entzündlichen und die als reine Entwicklungshemmungen sich darstellenden Prozesse, ist uns kaum etwas anderes bekannt,

als was uns die Markfaser-Methoden und die alten Karmin- und Hämatoxylinfärbungen bei oft unzweckmäßiger Härtung zeigen konnten.

Es erscheint somit dringend geboten, mit den Hilfsmitteln moderner Technik und mit Berücksichtigung sämtlicher Gewebsbestandteile an die Untersuchung des Zentralnervensystems idiotischer Individuen heranzugehen, um so endlich etwas klarere Anschauungen über die den verschiedenen klinischen Bildern zugrunde liegenden pathologischen Prozesse zu gewinnen, um andererseits auch wieder aus übereinstimmenden histologischen Befunden natürliche klinische Gruppen mehr und mehr zu umgrenzen.

Freilich ist es bei dem Zustande, in dem sich die Idiotenfürsorge in Deutschland leider zurzeit noch befindet, einstweilen fast ausgeschlossen, derartige Untersuchungen über ein größeres Material auszudehnen. Wir dürfen schon froh sein, wenn wir gelegentlich ein einzelnes Idiotengehirn in wohlkonserviertem Zustande zur histologischen Bearbeitung erhalten, und müssen die Frage nach der Häufigkeit der verschiedenen — noch unbekannten — zu „Idiotie“ führenden Krankheitsprozesse wohl einer künftigen Zeit vorbehalten, in welcher an staatlichen Idiotenanstalten psychiatrisch ausgebildete Ärzte wirken, und in der die Grundsätze histopathologischer Hirnforschung, wie sie von Nissl in der Enzyklopädie der mikroskopischen Technik aufgestellt worden sind, sich einer verbreiteteren Billigung und — Befolgung erfreuen.

Die im folgenden mitgeteilten Untersuchungen beziehen sich auf das Gehirn eines $9^1/_2$ Jahre alt gewordenen Insassen der (privaten) Idiotenanstalt Mosbach, welches ich Herrn Dr. Merzbacher von der Heidelberger Irrenklinik verdanke. Nebst diesem gebührt an dieser Stelle mein Dank dem (nichtärztlichen) Leiter der genannten Anstalt, der in ebenso liebenswürdiger wie weitblickender Weise die ihm unterstellten Kranken fachärztlicher Untersuchung zugänglich macht, Sektionen ausführen läßt und die Akten der Kranken zu anamnestischen Erhebungen zur Verfügung stellt.

Hereditäre Verhältnisse.

Vater: Apotheker, 1846 geboren als das älteste von 3 Kindern. Machte in der Jugend keine besonderen Krankheiten durch. Besuchte Gymnasium und Universität. Heiratete 1876. Hatte mit 35 Jahren Lungenentzündung. Lebte immer sehr mäßig. Litt in den letzten Jahren seines Lebens an schwerer Herzkrankheit und Arteriosklerose. Starb

7 Tage nach einem Schlaganfall. Von den Geschwistern des Vaters kam eines tot zur Welt; eine Schwester lebt, blieb ledig, ist gesund. Vater und Großvater waren Geistliche, sollen gesund gewesen und alt geworden sein.

Eine Vatersschwester des Vaters war gesund, verheiratet, hatte gesunde Kinder. Ein Vatersbruder war ebenfalls gesund; von dessen Kindern starb eine Tochter im Wochenbett, ein Sohn war viele Jahre lang herzleidend, hatte Wassersucht und Asthma. Dieser wieder hatte 7 gesunde Kinder. Die Mutter des Vaters soll in der Jugend nervenkrank gewesen sein (war „zitterig“); sie hatte in den letzten Jahren ihres Lebens ein Herzleiden, starb an einem Schlaganfall mit 80 Jahren. Über deren Eltern (Vater war Kaufmann) und Geschwister ist nichts Bemerkenswertes bekannt.

Mutter: Ältestes von 3 Kindern. Ihr Vater war bei der Geburt 55, die Mutter 24 Jahre alt. Siebenmonatskind. War immer sehr zart. Hatte schon in der Schulzeit viel Kopfweh beim Lernen. War mit 14 Jahren zum erstenmal menstruiert, verlor immer sehr viel Blut bei der Periode. Heiratete mit 20 Jahren. Litt etwa vom 26. Jahre ab an schweren Neuralgien. Hat seit etwa 10 Jahren beständig mit sehr quälenden rheumatischen Beschwerden zu tun. Faßt schwer auf, ist in ihren Mitteilungen ungeheuer weitschweifig, macht im allgemeinen einen leicht schwachsinnigen Eindruck. Von ihren rechten Geschwistern starb ein Bruder klein an der Folge eines Unfalles; ein anderer ist 47 Jahre alt, verheiratet, hat 3 gesunde Kinder.

Von 8 Stiefgeschwistern (aus erster Ehe) starb der älteste Bruder im Alter von 54 Jahren an einem Schlaganfall, nachdem er schon einhalb Jahr lang vorher Zuckungen in einem Arme gehabt und „sich nicht hatte umdrehen können“. Dieser war verheiratet und hat 2 gesunde Kinder. Eine ledige Schwester war immer sehr schwächlich und stark nervös, sehr aufgeregt. Eine andere Stiefschwester lebt, ist gesund, hat 3 gesunde Kinder. Von den übrigen Stiefgeschwistern starben 3 als Kinder an unbekannten Krankheiten, 2 kamen tot zur Welt.

Der Vater der Mutter war Weinhändler, soll nicht mehr getrunken haben, als sein Beruf es erforderte. Er starb mit 60 Jahren an Blutvergiftung. Dessen (zweite) Frau wurde nur 29 Jahre alt, starb an galoppierender Schwindsucht. Über Eltern und Geschwister der mütterlichen Eltern ist nichts Bemerkenswertes bekannt.

Über die Geschwister unseres Idioten ist folgendes zu bemerken:

1. Ein Bruder, jetzt 30 Jahre alt, unverheiratet, leidet viel an Rheumatismus und wurde daher militärfrei;
2. ein Bruder, 27 jährig, unverheiratet, ist gesund, hat aber wegen zu geringen Brustmaßes nicht gedient;
3. 22 jähriger gesunder Bruder;
4. ein Bruder, starb, halbjährig, an einem „Lungenschlägle“;
5. eine Schwester, jetzt 15 jährig, klein, schüchtern, macht in Gestalt und Wesen den Eindruck eines etwa 12 jährigen Kindes;
6. unser Idiot.

Krankheitsgeschichte.

Friedrich K. wurde als letztes von 6 Kindern am 27. X. 1896 geboren. Der Vater war bei seiner Geburt 50, die Mutter 40 Jahre alt; zudem war der Vater bei der Erzeugung dieses letzten Kindes mit einem schweren chronischen Herzleiden behaftet, dem er bald nach der Geburt des Knaben erlag. Keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Konzeption und Gravidität ohne Besonderheiten, spez.: Keine Konzeption im Rausch; während der Schwangerschaft weder körperliche Insulte, noch psychische Traumen der Mutter, außer der beständigen Sorge um den kranken Mann. Bei der Geburt, die ohne Kunsthilfe rechtzeitig erfolgte, war Friedrich ein großer und kräftiger, wohl gebildeter Knabe. Die sehr zarte Mutter nährte ihn ebensowenig wie die älteren Geschwister selber; doch wuchs er mit Kuhmilch, später mit Nestle's Kindermehl kräftig heran, hatte auch eine Zeitlang eine Amme. Im Alter von etwa 4 Wochen fiel es der Mutter auf, daß die Zunge des Kindes sehr groß und breit sei, „im Munde kaum Platz hatte“; der deswegen befragte Arzt gestand zu, daß er selber noch nie etwas derartiges gesehen habe. Ein wenig später, als Friedrich etwa ein viertel Jahr alt geworden, bemerkte die Mutter, daß sein Blick „matt“ sei, anders als sonst bei gleichalterigen Kindern. Sie faßte daher etwa in dieser Zeit den Verdacht, daß ihr Knabe „nicht recht“ sei; doch wollten damals weder der Vater noch der Arzt etwas davon wissen. Im übrigen unterschied sich das Kind in den ersten Lebensmonaten kaum von seinen Altersgenossen: Es gedieh körperlich, lernte Eltern und Geschwister kennen und war zärtlich gegen sie, spielte und war im allgemeinen heiter wie ein gesundes Kind. Er hatte keine Anfälle, schlief im allgemeinen ruhig, wenn auch nicht so fest wie andere Kinder, knirschte nur gelegentlich im Schlaf mit den Zähnen. Rhythmische Bewegungen wurden nie beobachtet. Der Beginn des Zahnens fiel ein wenig spät (erster Zahn mit etwa $^3/_4$ Jahren). Um die gleiche Zeit sprach er die ersten Worte (Papa, Mama, dada).

Jetzt aber machte sich ein Stillstand in der Entwicklung deutlich bemerkbar: Zwar lernte das Kind allmählich recht ordentlich laufen, so daß es im 5. Jahre sich ganz geschickt allein bewegen konnte, auch entwickelte sich sein Verstand so weit, daß es einzelne Tiere unterschied und mit besonderen Bezeichnungen belegte, sowie einfache Affektäußerungen der Mutter in ihrer Bedeutung erfaßte; doch blieb sein Wortschatz außerordentlich gering, es war in beständiger Unruhe, dauernd unreinlich, war ängstlich, weinte viel, blieb auch in seiner körperlichen Ausbildung weit hinter den Altersgenossen zurück. Wie die Mutter besonders betont, handelte es sich bei dieser abnormen Entwicklung um einen einfachen Stillstand, nicht um einen Verlust von Fähigkeiten, welche das Kind bereits erworben hatte.

Im allgemeinen war Friedrich daheim körperlich gesund. Nur in den letzten Jahren (etwa von 1902 ab) litt er häufig an Lungenkatarrh, den die Mutter auf den beständig offenstehenden Mund (Makroglossie!) zurückführt, bekam auch zyanotische, „erfrorene“ Hände im Winter, die immer wieder aufsprangen und ihm viele Schmerzen verursachten. Im Frühjahr

1903 wurde er einer Drüsenoperation am Halse mit Erfolg unterzogen. Über seinen sonstigen körperlichen Zustand weiß die Mutter kaum etwas Auffallendes anzugeben. Gehör und Gesicht waren gut entwickelt. Er fixierte gut, er kannte seine Angehörigen schon aus der Ferne; doch fielen zitternde Augenbewegungen auf (offenbar Nystagmus). Strabismus soll nicht bestanden haben.[1]) Gefühl und Geruch waren normal; im Geschmack war Friedrich weniger wählerisch als die Kinder im allgemeinen.

Gröbere motorische Reizerscheinungen (rhythmische Bewegungen, Selbstbeschädigung usw.) fehlten.

Während er bei der Geburt eher groß gewesen, war er später, etwa vom 4. Jahre ab, sehr klein für sein Alter.

In seinem 8. Lebensjahre, am 1. VII. 1904, wurde Friedrich in die Idiotenanstalt Mosbach aufgenommen, wo er sich bald in die neuen Verhältnisse einlebte und eine gewisse Anhänglichkeit gegen den Vorsteher, dessen Frau, und vor allem gegen seine Pflegerin zeigte. Von letzterer wird er als ein munteres, sehr lebhaftes Kind beschrieben, das in beständiger zappelnder Bewegung war. Er hatte die Neigung sich auszuziehen, alles Erreichbare an den Mund zu führen, streckte viel die Zunge heraus (Makroglossie). Seine Glieder konnte er gut gebrauchen: er griff und hielt fest, sprang viel herum („nur zu viel"), bewegte sich auch im Dunkeln ohne anzustoßen oder zu fallen. Er kannte seine Umgebung, unterschied die verschiedenen Kameraden, hatte bunte Gegenstände gerne, zog bestimmte Speisen anderen vor.

Seine Größe entsprach etwa der eines 4jährigen Kindes. Kopf und Körper waren gut proportioniert; der Schädel soll keine Besonderheiten dargeboten haben. Gesicht schmal. Kein Strabismus, überhaupt keine auffallende Augenstellung (nicht „mongoloid").[2]) Hände und Füße wohlgebildet. Haut leicht zyanotisch. Rauhe, heisere Stimme. Einzige Worte: dada und Papa, lernte auch keine anderen nachzusprechen.

Er aß viel, doch nichts Unappetitliches. Schlief fest und ruhig. Ließ seine Entleerungen in Kleider und Bett. Kein Onanist, kein Ruminator.

Schon kurz nach seiner Aufnahme zeigte sich bei Friedrich eine große Neigung zu Erkältungen, wegen deren er den ersten Winter über in der Krankenabteilung verpflegt wurde. Dort machte er Ende 1904 eine schwere rezidivierende Lungenentzündung durch, während deren einmal ein Krampfanfall beobachtet wurde. Im Krampfe wurden die Arme starr und nach innen verdreht, die Augen wurden geschlossen, die Atmung setzte aus; der Anfall soll etwa 2 Minuten gedauert haben. Im April 1906

---

[1]) Auch eine Photographie, die ich bei der Mutter sah, zeigt normale Augenstellung.

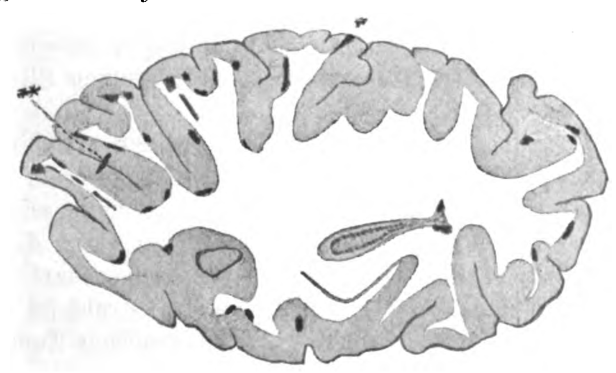
[2]) Nach der gegenteiligen Angabe des Inspektors soll K. „typischer Mongole" gewesen sein. Dasselbe teilte mir der den ärztlichen Dienst in der Mosbacher Anstalt versehende Kollege mit. Dazu gab er an, daß K. geschielt habe, was wieder der Inspektor nicht beobachtet hatte —: Drei widersprechende Aussagen, welche wieder einmal zeigen, wie wenig man sich in derartigen Fragen auf ein nichtfachärztliches Urteil verlassen darf! (Vgl. übrigens auch die Angaben der Mutter oben und die Anmerkung dazu!)

erkrankte der Kleine wieder an einer Lungenentzündung, die sofort schwer einsetzte und nur 5 Tage dauerte. Er atmete die letzten 3 Tage sehr schwer, war blau am ganzen Körper. Der Tod erfolgte schnell und unerwartet ohne agonale Krämpfe am 20. IV. 1906.

Die Schädelsektion wurde am gleichen Tage durch einen Medizinalpraktikanten der Heidelberger Irrenklinik ausgeführt. Die übrigen Körperhöhlen blieben leider uneröffnet. Der Sezierende erhob am Großhirn einen völlig negativen Befund; das Kleinhirn mit der Medulla oblongata ließ er im Schädel zurück.

Genauere makroskopische Betrachtung ergab folgendes: Kleines, entschieden atrophisches Gehirn mit schmalen Windungen und tiefen, klaffenden Furchen. Pia fleckweise leicht verdickt und getrübt, nirgends mit der Hirnsubstanz verwachsen. Windungsverlauf, Gliederung in graue und weiße Substanzgebiete, Verhalten der Ventrikel, Ursprung und Beschaffenheit der erhaltenen Gehirnnerven in keiner Weise aus der Breite der Norm sich entfernend.

Auf frischen Querschnitten fallen bei genauerer Besichtigung zahlreiche kleine und kleinste gelbbräunliche Flecken auf, größtenteils an der Grenze zwischen Windungsgrau und Markweiß gelegen, welche im allgemeinen offenbar Gefäßquerschnitten entsprechen und bis zu gewissem Grade an das makroskopische Verhalten der Gefäßumgebung bei Paralyse erinnern.



Figur 1.
Frontalschnitt durch die rechte Hemisphäre, makroskopisch.

Textfigur 1 gibt einen schematischen Überblick über die Verhältnisse, wie sie sich in einem rückwärts vom Balken durch die rechte Hemisphäre gelegten Frontalschnitt darbieten, der das Hinterhorn des Ventrikels mit dem Glomus chorioideum eben noch trifft. Es finden sich hier 37 der genannten Flecken, von denen weitaus die Mehrzahl der obigen Angabe entspricht; an den beiden markierten

Stellen beobachten wir derartige Herdchen, welche keilförmig von der äußersten Peripherie in die Tiefe, bei * bis in den Markstrahl sich erstrecken.

Das beschriebene makroskopische Verhalten der Gehirnsubstanz legte es nahe, an einen der Paralyse ähnlichen diffusen, zu Atrophie führenden, in der Nachbarschaft der Gefäße besonders stark auftretenden chronisch-entzündlichem Prozeß des Gehirns zu denken; die mikroskopische Untersuchung indessen zeigte, daß es sich um eine durchaus andere, wenn auch wohl nicht minder interessante Erkrankung handelte.

Zunächst sei hervorgehoben, daß sich keinerlei Anzeichen eines — frischen oder alten — Entzündungsprozesses nachweisen ließen. Gewebe und Gefäße der Pia sind frei von hämatogenen Infiltraten oder von Pigmentansammlungen. Desgleichen finden sich in der Gehirnsubstanz weder Herde mit frischen Infiltraten oder mit Gitterzellen und Zerfallsprodukten, noch auch zeigen die Gefäße des Gehirns irgendwo Gefäßscheideninfiltrate oder chronisch-entzündliche Wandveränderungen. Nicht einmal in den Plexus chorioidei, in welchen sich oft leichtere entzündliche Veränderungen am ehesten nachweisen lassen, ist die Zahl der normalerweise hier — besonders bei Kindern — vorhandenen Mastzellen vermehrt.

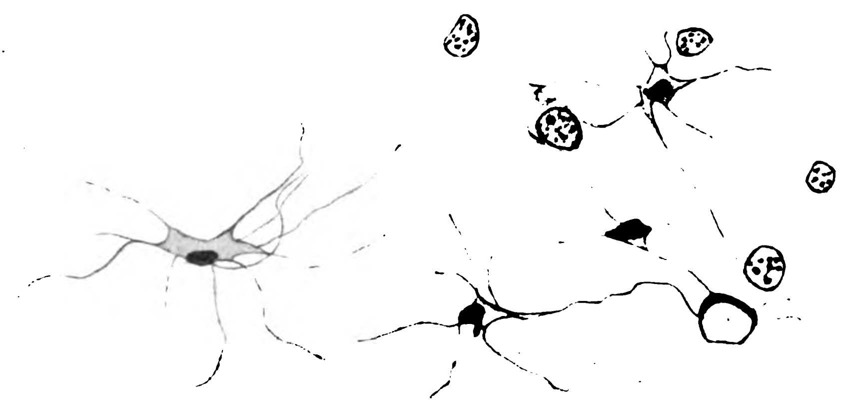
Bei der Beschreibung der tatsächlichen Verhältnisse erscheint es mir zweckmäßig, von diffusen Veränderungen auszugehen, und erst im Anschluß an sie die erwähnten herdförmigen Bildungen zu besprechen.

Wenn wir ein Äquivalentpräparat aus einer beliebigen Hirngegend zunächst bei schwacher Vergrößerung betrachten, so scheint alles in bester Ordnung, der Befund ein negativer zu sein: die Pia ist zart und kernarm, die Rindenzellen zeigen etwa die normale Anzahl und Schichtung. Das Mark setzt sich scharf gegen die Rinde ab, die Zahl nervöser Elemente im Markstrahl ist dem Alter des Kindes entsprechend — nicht, wie bei manchen Entwicklungsstörungen, vermehrt —, an den Gefäßen ist nichts Besonderes zu bemerken.

Bei Benutzung der Immersionslinse aber lassen sich wohl charakterisierbare Veränderungen erkennen (vgl. Taf. I, Fig. 1). Eine große Anzahl der nervösen Elemente ist in der als Sklerose häufig beschriebenen Weise erkrankt, ihre Trabantzellen sind großenteils in ähnlicher Weise geschädigt (Kern dunkel, klein, Zelleib dunkel gekörnt, schmale, fadenförmige Fortsätze aussendend); andere Gliazellen der Rinde und des Markes sind deutlich

gewuchert, haben vergrößerte, chromatinreiche Kerne und große protoplasmatische Leiber, die größere Mehrzahl aber, speziell im Mark, zeigt chronisch regressive Veränderungen, und bei einer ganz beträchtlichen Anzahl gliöser Elemente lassen sich neben Erscheinungen der Wucherung solche regressive Veränderungen erkennen.

Eine detaillierte Beschreibung dieser verschiedenen Veränderungen braucht hier wohl nicht gegeben zu werden, nachdem Nissl erst kürzlich die in Frage stehenden Verhältnisse dargelegt hat;[1]) kurz erwähnt sei hier nur, daß die regressive Veränderung vorher gewucherter Gliaelemente sich in unserem Falle im allgemeinen darin ausdrückt, daß Zellen mit vergrößertem Kern und einer nukleolenartigen Zentralisierung der Chromatinkörperchen einen auffallend dunklen Kernsaft und einen schmalen, dunklen Zelleib mit zahlreichen, aber sehr schmalen, dunkel gekörnten Protoplasmafortsätzen erkennen lassen. Im Gliafaserpräparat ist die Randschicht entschieden vermehrt; auch im Marke — nicht so deutlich in der Rinde — zeigt sich eine diffuse Proliferation der faserigen Glia. Besonders schön lassen sich einzelne Elemente bei Nigrosinfärbung uneingebettet geschnittenen, in Kaliumbichromat gehärteten Materials darstellen: die Zelleiber sind im allgemeinen schmal, die Kerne dunkel; zahlreiche, sehr feine Fortsätze werden nach allen Seiten ausgesandt.



Figur 2 a. Gliazelle aus dem Mark bei Nigrosinfärbung.

Figur 2 b. 3 Gliazellen, in Beziehung zu einer Präkapillare tretend. Nigrosin.

Zeiss, $^1/_{12}$ Imm.-Komp.-Okul. IV. 17,0 cm Objektabstand.

Am schwersten erweisen sich bei genauerer Betrachtung die Gefäße geschädigt. Und zwar handelt es sich bei ihnen um regressive Veränderungen, von welchen die Kapillaren am stärksten betroffen sind. Fast in jedem Gesichtsfelde lassen sich

[1]) Band I der histologischen und histopathologischen Arbeiten über die Großhirnrinde, S. 455—465.

einzelne völlig kernlose Stücke von Kapillaren nachweisen, deren Lumen bei Benutzung der Mikrometerschraube als ein ungefärbter, scharf konturierter, stark lichtbrechender Ring von wechselnder Weite sich im Gesichtsfelde bewegt. An anderen Kapillaren sind noch einige dunkle Reste von endothelialen oder adventitialen Kernen erkennbar. Andere, speziell manche präkapillare Gefäße, zeigen Rückbildungserscheinungen an vorher gewucherten Endothelien: die Kerne sind groß, enthalten einen oder mehrere metachromatisch sich färbende nukleolenartige Körperchen, das Protoplasma ist als ein feines Maschenwerk deutlich erkennbar; dabei sind aber die Kerne in toto von einem auffallend dunklen Fadenwerk durchzogen, ihre Kontur ist unregelmäßig, erscheint oft wie angenagt, die normalerweise vorhandenen „Sekretvakuolen“ fehlen, die dem Kern anliegenden Teile des Zelleibes sind dunkel gefärbt, scheinen in körnigem Zerfalle begriffen (Taf. I, Fig. 2).

Endlich ließen sich hier und da, besonders in der Nachbarschaft der Seitenventrikel, einzelne Kapillaren und präkapillare Gefäße auffinden, welche nur Veränderungen progressiver Natur im Endothel und der Adventitia zeigten.

Bei der Färbung mit WEIGERT's Resorzinfuchsin erscheinen die Kapillarschläuche stark gestreckt, starrwandig, die elastische Membran ist entschieden verdickt, dunkelgefärbt, an manchen Stellen — oft nur auf kurze Strecken — in zwei Lamellen gespalten. Sprossenbildungen konnten wir an den bisher ins Auge gefaßten Stellen einer ganz diffusen Gewebsschädigung nicht auffinden.

Wo die im obigen beschriebenen Veränderungen höhere Grade erreichen, kommen die bei makroskopischer Betrachtung des Gehirns bereits erwähnten herdförmigen Bildungen zustande. Hie und da lassen sich schon an Kapillaren der Rinde und des Markes nähere Beziehungen gewucherter Gliazellen zur Gefäßwand erkennen: Elemente der ektodermalen Stützsubstanz mit vergrößertem, blassem Zelleibe senden einen ihrer zahlreichen, dünnen Fortsätze, die bereits im Äquivalentbild, besonders deutlich aber bei Nigrosinfärbung hervortreten, gegen die Gefäßwand, an die sie sich mit verbreiterten Füßchen anheften (Taf. I, Fig. 3 und Textfigur 2b). Weit höhere Grade erreicht aber diese Gliawucherung um die schwergeschädigten Präkapillaren an der Grenze zwischen Rinde und Mark; hier hat sich ein ziemlich dichter, zirkumvaskulärer Gliawall gebildet, welcher die einzelnen Zellindividuen mit ihren zarten, nach allen Richtungen verlaufenden, oft büschelförmig angeordneten Fasern meist noch deutlich erkennen läßt (Taf. II, Fig. 1). Zellen mit ge-

sammelten, gegen die Gefäßwand konzentrierten Fibrillenbahnen, wie sie für die entzündlichen Prozesse charakteristisch sind, wurden nicht beobachtet.

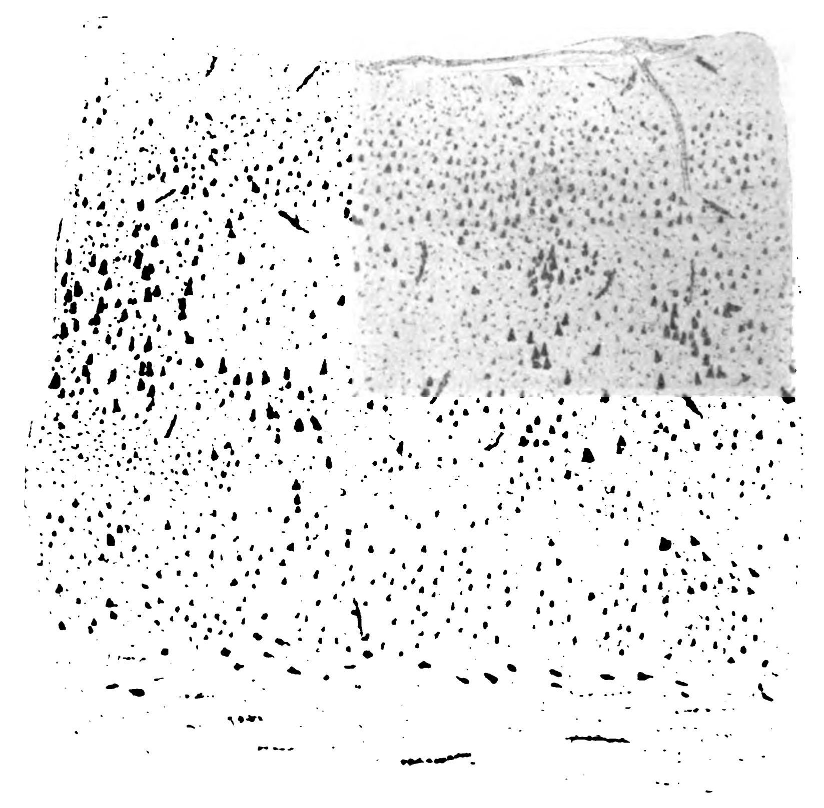
Auch an den genannten Stellen zeigen die Gliaelemente nur Veränderungen progressiver oder chronisch-regressiver Natur, nicht dagegen Quellungs- oder akute Zerfallserscheinungen — ein Umstand, über den unten ausführlicher gesprochen werden soll. An manchen Stellen, speziell da, wo erkrankte Präkapillargefäße aus der Pia in die oberen Zellschichten der Rinde sich begeben, ist der zirkumvaskuläre Gliawall besonders dicht und kernarm; es läßt sich hier ein Ausfall nervösen Gewebes daran erkennen, daß die dem Gefäß zunächst befindlichen Ganglienzellen ihre normale Richtung verloren haben und in unregelmäßiger Lagerung dem Gliasaum anliegen. Seltener ließ sich im Mark bei WEIGERT's Färbung eine mäßige Lichtung der Markscheiden um die Gefäße nachweisen. Besonders hohe Grade erreicht die Gliawucherung in der Tiefe des Hemisphärenmarkes und nahe den Seitenventrikeln um einige schwer degenerierte Gefäße. Schon mit schwacher Vergrößerung zeigen sich an diesen Stellen dichte, gegen die Umgebung ziemlich scharf abgesetzte Knötchen, welche sich unter der Immersionslinse als aus blassen, unregelmäßig gestalteten, hie und da feine Fortsätze aussendenden Zellen zusammengesetzt erweisen. Innerhalb dieser Knötchen ließen sich auch Zerfallserscheinungen des Zellprotoplasmas erkennen (Taf. I, Fig. 4). Ich glaube bestimmt, daß wir die genannten Herdchen in der soeben besprochenen Weise als Anhäufungen gewucherter Gliaelemente deuten müssen.

Mein erster Gedanke, daß es sich bei ihnen um kleine encephalitische Herde (durch die Erreger der Pneumonie oder deren Toxine bedingt und aus Gefäßwandelementen bestehend) handeln könne, wie wir sie von verschiedenen meningitischen Erkrankungen, aber z. B. auch bei an Pneumonie gestorbenen Paralytikern kennen, und wie sie in ähnlicher Art von M. B. SCHMIDT [1]) bei hämorrhagischer Encephalitis beschrieben und abgebildet worden sind, ist wohl mit Entschiedenheit abzulehnen. Dagegen spricht das Fehlen jeglicher leukocytärer Elemente, das Fehlen von Blutextravasaten und deren Resten in den genannten Herden, zu denen es bei der schweren Schädigung der Gefäße zweifellos im Falle eines entzündlichen Prozesses hätte kommen müssen; ferner lassen sich Markscheidentrümmer, wie wir sie von den genannten encephalitischen Herdchen kennen, hier weder frei im Gewebe noch intracellulär durch geeignete Methoden nachweisen, und endlich fehlen derartige Zellanhäufungen dort, wo es — wie

[1]) Über Gehirnpurpura und hämorrhagische Encephalitis. ZIEGLER's Beitr., Suppl.-Bd. 7, 1905.

hie und da im Mark — zu kleinen, offenbar agonalen Blutungen gekommen ist.

Ein anderer Gedanke könnte aber noch in Erwägung gezogen werden: daß es sich nämlich bei den beschriebenen Bildungen um gewucherte und wieder regressiv veränderte Knötchen von Zellen handeln könnte, wie ich sie aus embryonalen, aus syphilitischen und in der Entwicklung gestörten Gehirnen beschrieben habe. Es ließe sich wohl denken, daß derartige Gebilde, die — soweit bekannt — im Verlaufe der normalen Entwicklung verschwinden, in unserem höchstwahrscheinlich schon pränatal geschädigten Gehirn erhalten geblieben und über die embryonale Norm hinausgewuchert sind, dann aber regressive Veränderungen durchgemacht haben. Für diese Möglichkeit würde speziell auch die Lage nahe den Ventrikeln sprechen. Eine Entscheidung dieser Frage, ob es sich in unserem Falle um derartige embryonale Gebilde oder um eine einfache hochgradige, lokal beschränkte Gliawucherung handelt, wage ich vor Untersuchung weiteren Materiales nicht zu treffen.



Figur 3.
Zellausfall in der Schicht der großen Pyramidenzellen des Parietalhirns.
Toluidinblau. ZEISS, aa, Okular II. Objektabstand 17,0 cm.

Während die bisher beschriebenen herdförmigen Veränderungen subkortikal und im tiefen Hemisphärenmarke lokalisiert waren, sind des weiteren auch herdförmige Ausfälle zu erwähnen, welche sich vereinzelt innerhalb der Rinde finden.

Textfigur 3 gibt bei schwacher Vergrößerung eine solche Stelle aus der linken Parietalgegend. Wir sehen, wie die Schicht der großen Pyramidenzellen in der Mitte des Bildes auf eine weite Strecke völlig unterbrochen ist; eine kleinere Ausfallszone macht sich im rechten Teile der Abbildung bemerklich.

Ein sehr auffallendes Bild zeigt ein Gliafaserpräparat der gleichen Stelle [1]): Innerhalb einer sehr hochgradigen Gliawucherung, welche zum größten Teil aus den uns schon bekannten, nach allen Richtungen hin lange, feine Fasern aussendenden Zellen besteht, fallen nämlich bei schwacher Vergrößerung die verschwunden geglaubten Nervenzellen als Gruppen dunkelblau gefärbter Gebilde deutlich ins Auge. Sie liegen in Haufen von 3—5 zusammen und bestehen — wie die Ölimmersion zeigt — aus einer großen Anzahl blauer Körnchen, denen einzelne tief dunkel gefärbte untermischt sind. Von allen Seiten treten die Gliafasern an diese Zellen sowohl wie an die kernarmen oder kernlosen Kapillaren heran (Taf. II, Fig. 2); gelegentlich lassen sich sehr merkwürdige Beziehungen der Gliafasern zu den untergegangenen nervösen Elementen beobachten: sie nähern sich denselben in geschlossenem Zuge und spalten sich in nächster Nachbarschaft der Zelle in feine Fibrillenbüschel, welche die Nervenzelle von verschiedenen Seiten einscheiden und gegen die Umgebung wie einen Fremdkörper abschließen (Taf. II, Fig. 3). Auch im Anilinfarbenbilde lassen sich die abgestorbenen Ganglienzellen bei starker Vergrößerung auffinden: sie bestehen aus einem

[1]) Um von einem in 96 % Alkohol fixierten und in Zelloidin eingebetteten Blocke brauchbare Gliafaserpräparate zu bekommen, hat sich mir folgendes Verfahren als geeignet erwiesen: Die 10—15—20 μ dicken Schnitte werden aus dem 80 % Alkohol auf den Objektträger gebracht; nach möglichst sorgfältiger Lösung des Zelloidins in Methylalkohol wird das Objekt durch momentanes Antrocknen auf dem Objektträger fixiert und dann für 8—12 Stunden in eine wässerige 1 ‰ Lösung von Viktoriablau (Grübler) gebracht. Darauf wird genau nach den Vorschriften der Weigert'schen Gliafärbung weiter verfahren. Natürlich sind neben den auf diese Weise gewonnenen Bildern für eine genauere Untersuchung des Verhaltens der faserigen Glia Präparate notwendig, welche nach der exakten Weigert'schen Vorbehandlung und Färbung hergestellt wurden; doch genügen sie zur Orientierung und haben den großen Vorzug, daß man am gleichen Block das feinere Verhalten der Gewebsbestandteile nach Anilinfärbung neben der Gliafaserung studieren kann.

Haufen stark lichtbrechender, leicht grünlich schimmernder Körnchen in einer ungefärbten Grundsubstanz; ihren Konturlinien schmiegen sich degenerierte Trabantzellen mit dunklen, schmalen Kernen und langen sklerotischen Fortsätzen an. Hie und da finden sich innerhalb der Ausfallsschicht große, protoplasmatische Gliazellen mit blassen Kernen und zentralisiertem Chromatin, welche das Bild einfacher Proliferation zeigen (Taf. I, Fig. 5).

Geeignete chemische Reaktionen lassen uns in den beschriebenen Gebilden verkalkte Nervenzellen erkennen, welche offenbar auf die durch den degenerativen Gewebsprozeß schon ohnehin gewucherte Glia als Fremdkörper einen Reiz ausgeübt haben und von dieser zum Teil in der oben angegebenen Weise eingescheidet worden sind.

Erwähnenswert wäre wohl noch eine andere Erklärungsmöglichkeit des in Fig. 3 der Taf. II dargestellten Verhaltens: es könnten nämlich die mit der Nervenzelle in Beziehung stehenden Faserzüge verkalkte Neurofibrillen sein, wie wir sie gelegentlich z. B. in der Umgebung älterer Tuberkel finden. Dagegen sprechen aber drei Momente: Es gelang uns niemals lichtbrechende Fortsätze im Anilinfarbenbild aufzufinden; die Grenze zwischen den Fibrillen und den im Innern der Nervenzelle befindlichen gefärbten Körnchen ist stets eine durchaus scharfe, und nie wurden blaue Fäserchen zwischen diesen Körnern bemerkt; endlich aber ist das Verhalten des an die in Fig. 3 der Taf. II abgebildete Ganglienzelle von links herantretenden, sich um die Zelle herumbiegenden Fibrillenzuges ein derartiges, daß es durchaus nicht einem Fortsatze des nervösen Elementes entspricht. Ich glaube demnach, daß die oben gegebene Erklärung zu Recht besteht.

Es erübrigt uns noch eine genauere Beschreibung der oben makroskopisch schon kurz erwähnten, von der äußersten Rindenperipherie bis in den Markstrahl reichenden „sklerotischen Herdchen“. Sie bestehen aus einem dichten Filz feiner Gliafasern, denen — besonders in den peripheren Teilen — einzelne gröbere Faserbündel untermischt sind. Das Gewebe ist sehr kernarm; nur hie und da am Rande der sklerotischen Partie und an Stellen, wo die Fasern weniger dicht und besonders fein sind, finden sich Gruppen von kleinen, sehr dunkel gefärbten Kernen. Die Nervenzellen sind vollkommen zugrunde gegangen, auch nicht mehr in Form von Kalkhäufchen auffindbar (Textfigur 4).

Die Vaskularisation dieser degenerierten Partien ist offenbar je nach dem Alter der Herde verschieden. In den jüngeren finden sich massenhaft Kapillaren, welche in ihrem Verhalten (Kernreichtum, Tinktion des Protoplasmas) einigermaßen normal erscheinen und sehr zahlreiche Sprossenbildungen aufweisen (Taf. II, Fig. 4);

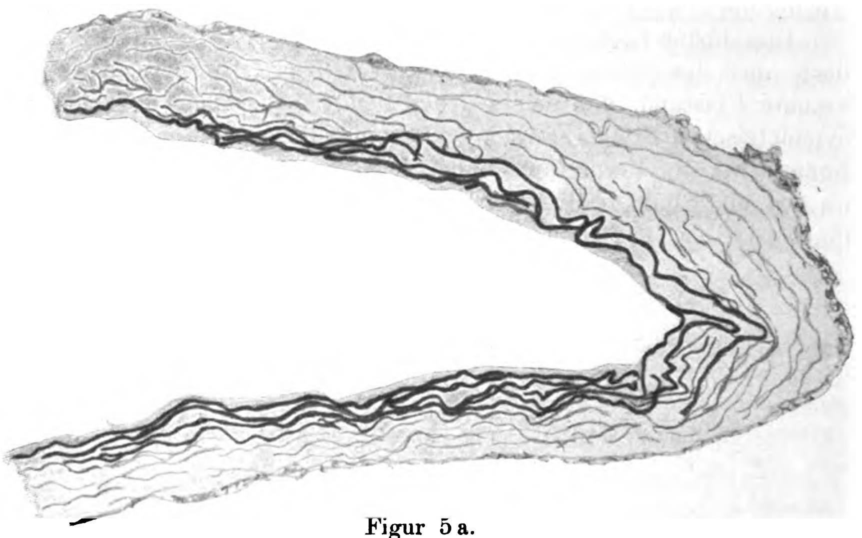
die älteren dagegen, welche durch Bündel gröberer Gliafasern und größere Kernarmut ausgezeichnet sind, enthalten neben degenerierten, kernlosen Kapillaren Gefäße, die nur durch eine mäßige Adventitialwucherung (im van Gieson-Bild) ausgezeichnet sind.

Das histologische Verhalten dieser sklerotischen Herde, mehr noch aber der schon in der Textfigur 1 bei ** zum Ausdruck gebrachte Umstand, daß wir gelegentlich zwei solcher Herdchen an symmetrischen Stellen zweier gegeneinander geneigter Windungen finden, legt die Vermutung nahe, daß wir es hier nicht mit einer an Ort und Stelle bedingten Erscheinung, sondern mit der Wirkung einer pialen Gefäßerkrankung zu tun haben.

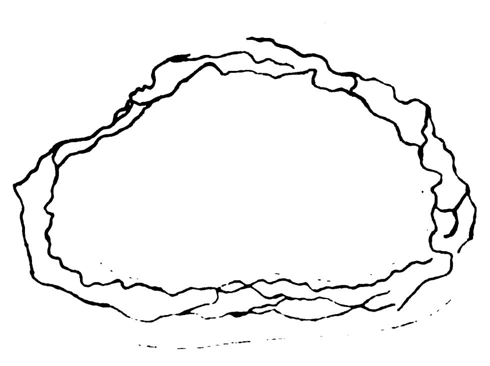


Figur 4.
Sklerotischer Keil im Occipitalhirn. Viktoriablaufärbung der Gliafasern.
Zeiss, aa, Kompens.-Okul. VIII. 17,0 cm.

In der Tat konnten wir auch über dem in Fig. 4 der Taf. II dargestellten Herde eine Pialarterie auffinden, welche weitgehende pathologische Veränderungen darbietet (Textfig. 4).



Figur 5 a.
Größere Pialarterie, über dem in Fig. 4 der Taf. II dargestellten sklerotischen Keile gelegen. WEIGERT's Elasticafärbung. ZEISS, $^1/_{12}$ Immers. Okul. I. Objektabstand 15,0 cm.



Figur 5 b.
Größere Arterie aus der Pia eines Fötalhirns aus dem 6. Monat. WEIGERT's Elasticafärbung. ZEISS, DD. Komp.-Okul. IV. 17,0 cm Abstand.

Färbung nach VAN GIESON zeigt, daß in diesem Gefäß die Zahl der Kerne ungeheuer reduziert, sowie daß die Muskelschichte fast völlig durch Bindegewebe ersetzt ist. Mit WEIGERT's Resorzinfuchsin läßt sich nachweisen, daß die Membrana elastica interna auf weite Strecken aufgesplittert ist; in Media und Adventitia finden sich weit mehr elastische Fasern als in der Norm. Eine intimale Wucherung fand sich weder in der beschriebenen Arterie noch in den sonstigen kleineren und größeren Pialgefäßen.

Schließlich mögen hier noch einige charakteristische Veränderungen des pialen Gewebes selber beschrieben werden. Wie schon erwähnt, ist die Pia im allgemeinen kernarm; entzündliche Veränderungen fehlen durchaus. Dagegen ist über manchen Hirngegenden (an den schon makroskopisch weißlich getrübt erscheinenden Stellen) das Bindegewebe deutlich gewuchert, und zwar beteiligen sich an dieser Proliferation gleichmäßig die Gefäßadventitien und die Züge des eigentlichen pialen Gewebes. Vor allem aber lassen sich auch in der Pia ausgesprochene regressive Veränderungen nachweisen. Diese sind in der einfachsten Form charakterisiert als Erscheinungen der Pyknose und des Zerfalls der Bindegewebskerne (speziell der Adventitia). Sehr häufig beobachten wir aber an den Bindegewebselementen kompliziertere Veränderungen: der Kern ist gleichmäßig tiefdunkel gefärbt und fadenförmig ausgezogen; oft ist er gebogen oder auch mehrfach gewunden und zeigt in seinem Verlaufe feine knötchenförmige Anschwellungen. Das Bild erweckt den Eindruck, als ob es sich hier um einen Prozeß gleichzeitiger Proliferation („Kernsprossung“) und Degeneration handle. Hie und da finden wir größere Haufen derartig mißbildeter Bindegewebselemente in der äußersten Wand größerer Gefäße; häufiger noch gruppieren sie sich an der Peripherie eigentümlicher, bei den gewöhnlichen Färbemethoden homogen, wie glasig aussehender Klumpen, welche wie Fremdkörper im pialen Gewebe eingebettet liegen (Taf. I, Fig. 7). Unter stärkerer Vergrößerung geben einzelne dieser Körper nach Anilinfärbung das in Fig. 6 der Taf. I reproduzierte Bild: in einer fast homogen erscheinenden, ganz schwach bläulich grün gefärbten Substanz liegen in größerer Anzahl eckige Hohlräume, welche durch feinste Fäden miteinander verbunden sind. Innerhalb jedes Hohlraumes, ihn selten ganz ausfüllend, befinden sich pyknotische Kernreste, welche zum Teil sehr deutliche zackige Fortsätze in die feinen Kanälchen hineinsenden.

Das ganze Bild erinnert frappant an die „Knochenkörperchen“; die Ähnlichkeit der groben Schollen mit Knochenstückchen wird dadurch noch erhöht, daß sich nicht selten innerhalb dieser degenerierten Gewebspartien Kalksalze abgesetzt haben.

Wie erwähnt, bleibt die Grundsubstanz dieser Schollen bei den gewöhnlichen Färbungsmethoden fast farblos, macht einen homogenen, glasigen Eindruck. Durch Eosin wird sie rot, durch Hämatoxylin schwarz gefärbt; im van Gieson-Bild ist sie leuchtend rot (wie „Bindegewebshyalin“) und läßt an dünnen Schnitten eine grobe

Faserung erkennen. Sehr schön stellt sich die Grundsubstanz in dem oben zur Darstellung der faserigen Glia angegebenen Verfahren mit Viktoriablau dar: sie ist leuchtend dunkelblau und zeigt ihre Zusammensetzung aus grobkalibrigen Fasern in deutlichster Weise.

Offenbar haben wir es bei dem soeben beschriebenen Prozeß mit dem zu tun, was als „Knochenbildung in der Pia“ häufig als makroskopischer Befund erwähnt, meines Wissens aber niemals eingehender histologisch beschrieben worden ist. Es handelt sich dabei, wie wir sahen, um eine eigentümliche, morphologisch wohl charakterisierte Degeneration des gewucherten pialen und adventitialen Bindegewebes, die mit einer Sprossenbildung der Kerne beginnt, dann zu einer Umwandlung der Bindegewebsfasern in eine hyalinartige Substanz und endlich zu dem in Fig. 6 der Taf. I abgebildeten Verhalten führt. Mit diesem Zustande eines „hyalinen Osteoidgewebes“ kann die Degeneration ihr Ende finden; gelegentlich lagern sich noch Kalksalze zwischen den Bindegewebsfibrillen ab.

Solche „Knochenbildung“ in der Pia ist bei den arteriosklerotischen Prozessen höherer Lebensalter etwas durchaus nicht Seltenes. In jugendlicheren Gehirnen fand ich sie bei Lues cerebri und juveniler Paralyse: im kindlichen Gehirn ist sie selten. Ich konnte sie nachweisen einmal bei einem kongenital syphilitischen Säugling, ferner in einem anatomisch sehr interessanten, von B. WEYL[1]) bisher nur ungenügend beschriebenen Falle von diffuser Encephalitis bei einem $5^1/_2$ jährigen Kinde, bei einem 1 Jahr alt gewordenen Porencephalen nahe der bindegewebigen Narbe in der Ventrikelwand, und endlich besonders reichlich und fast als einzigen pathologischen Befund bei einem Falle von monatelang dauernden eklamptischen Krämpfen. dessen Gehirn ich Herrn Dr. RUD. HECKER-München verdanke. (Nach einem Präparat des letztgenannten Falles wurde die Fig. 7 der Taf. I gezeichnet.)

Erwähnt mag werden, daß in keinem der ebengenannten Fälle von Bildung hyalinen Osteoidgewebes im kindlichen Gehirn es zu einer Ablagerung von Kalksalzen in diese Gewebe gekommen war: dagegen ist die Kalkabsonderung in unserem Falle von „Idiotie“ eine sehr reichliche und beschränkt sich nicht auf die „Knochenplättchen“.

Es finden sich in der Pia der Basis vereinzelte obliterierte und verkalkte Gefäße, vor allem aber zeigt das Glomus chorioideum eine große Menge von „Sandkörperchen“, welche größtenteils aus den bekannten, aus degenerierten Bindegewebsfasern gebildeten „Spießen“, zum Teil aber auch aus zugrunde gegangenen Plexusepithelien bestehen. Gerade an den

[1]) Klin. u. anatom. Befunde bei akuter, nicht eiteriger Encephalitis eines Kindes. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F., Bd. 63, H. 2.

letzteren läßt sich der Prozeß der Verkalkung (Aufhellung des Protoplasmas im Anilinfarbenbild vom Zentrum aus, Auftreten einzelner Kalkkörnchen im Innern, schließliche Umwandlung der ganzen Zelle in eine stark lichtbrechende, doch ihre alte charakteristische Kontur beibehaltende Masse) sehr deutlich verfolgen.

Für die kritische Würdigung der im obigen ausführlich beschriebenen zu „Idiotie“ führenden Hirnerkrankung mögen die Hauptpunkte noch einmal ganz kurz zusammengefaßt werden.

Wir haben es mit einem $9^1/_2$ Jahre alt gewordenen Kinde zu tun, das höchstwahrscheinlich bereits als Idiot zur Welt kam, und dessen geistige Entwicklung auf einer sehr niedrigen Stufe blieb. Von hereditären Momenten ist zu erwähnen: Vater, Großmutter väterlicherseits und ein Sohn eines Vatersbruders starben an einem Herzleiden, die beiden ersteren an der Folge eines Schlaganfalles; desgleichen endete ein herzkranker Stiefbruder der Mutter an Hirnschlag. Von zwei Geschwistern des Vaters war eines, von acht Stiefgeschwistern der Mutter zwei tot geboren. Die Mutter selber ist Siebenmonatskind, war immer sehr zart und nervös, leidet viel an Migräne und Rheumatismus; der Vater unseres Idioten war bei dessen Konzeption bereits schwer herzleidend, starb bald nach seiner Geburt. Von fünf Geschwistern des Kindes ist ein Bruder Rheumatiker, eine Schwester in der Entwicklung zurückgeblieben. Endlich erscheint der große Altersabstand der mütterlichen Großeltern (über 30 Jahre), das Alter des Großvaters bei der Geburt der Mutter (55 Jahre), sowie Altersabstand und Alter der Eltern unseres Kindes (50 und 40 Jahre) erwähnenswert.

Gröbere somatische Erscheinungen bestanden bei unserem Idioten nicht. Es wurde mitgeteilt: geringe Körpergröße, Makroglossie (als frühestes Zeichen der Abnormität), Nystagmus, gelegentliches Zähneknirschen im Schlaf, mangelnde Entwicklung des Sprachvermögens.[1]) Außer einem vereinzelten Anfalle während einer fieberhaften Erkrankung wurden eklamptische oder epileptische Erscheinungen nicht beobachtet.

Bei der Sektion fanden sich makroskopisch wenig ausgesprochene Gehirnveränderungen; das Resultat der histologischen Untersuchung war folgendes:

In der gesamten Hirnrinde sind die Nervenzellen größtenteils geschädigt, zum Teil sklerotisch zugrunde gegangen. Die Glia ist gewuchert, vor allem aber regressiv verändert. Die Ge-

[1]) Wahrscheinlicher ist letztere ein Symptom des ganzen psychischen Defektzustandes.

fäße sind am schwersten erkrankt. In fast allen Gesichtsfeldern der aus den verschiedensten Gegenden stammenden Präparate finden wir kernlose Kapillarstücke.

Um schwer degenerierte Gefäße, speziell des Markes, hat die Gliawucherung besonders hohe Grade erreicht; stets ist sie mit regressiven Veränderungen der einzelnen gliösen Elemente kombiniert. In der Nachbarschaft ist nervöses Gewebe ausgefallen. Auch in der Rinde findet sich ein herdweiser Ausfall von Nervenzellen an Orten, wo die Degeneration von Kapillaren besonders hohe Grade erreicht hat. In manchen Gesichtsfeldern sind die sämtlichen Gefäße völlig kernlos, stellen starre, stark lichtbrechende Schläuche dar. Die Glia ist an diesen Stellen reaktiv stark gewuchert und zeigt besonders innige Beziehungen zu manchen verkalkten Nervenzellen.

Besonders zu erwähnen sind einzelne, gelegentlich symmetrisch in zwei einander gegenüberliegenden Windungen lokalisierte Herde, welche mit breiterer Basis in der äußersten Rinde beginnen und stellenweise bis ins Mark reichen. In ihnen ist alles nervöse Gewebe zugrunde gegangen und durch faserige Glia ersetzt. In manchem — vermutlich den jüngeren — dieser Herde finden sich massenhaft neugebildete Kapillaren und Gefäßsprossen; die größeren und tiefer reichenden dagegen sind eher als gefäßarm zu bezeichnen.

Über diesen sklerotischen Partien liegen erkrankte größere Pialgefäße, welche eine weitgehende Verdickung und Vervielfältigung der elastischen Membran zeigen. In der Pia lassen sich hie und da schwere regressive Veränderungen mit Bildung hyalinen Osteoidgewebes und Kalkniederschlägen nachweisen.

Als frische, vermutlich agonale Veränderungen fanden sich endlich zahlreiche Blutungen in Rinde und Mark.

Wie ist nun der hiermit noch einmal kurz charakterisierte Krankheitsprozeß zu deuten? Über die klinischen Erscheinungen glaube ich mit wenigen Bemerkungen hinweggehen zu dürfen, da ihre Würdigung in allen Fällen von Idiotie bei unseren mangelnden pathologischen Kenntnissen bisher eine mehr als fragmentarische bleiben muß. Nur zwei Momente seien hervorgehoben. Es besteht im allgemeinen (besonders unter BOURNEVILLE's Führung in Frankreich) die Ansicht, daß die meisten Idiotien ohne epileptische Erscheinungen nicht auf präzisierbare Hirnerkrankungen, sondern auf reine Entwicklungshemmung zurückzuführen seien —: Dieser Anschauung widerspricht unser Fall, der als die Ursache

einer vermutlich pränatal einsetzenden, ohne Krampfanfälle einhergehenden Erkrankung kaum eine Spur von Entwicklungshemmung statt deren aber eine schwere diffuse Schädigung des Gehirngewebes erkennen läßt.

Ferner ist entschieden auffallend, daß die schwere allgemeine Hirnerkrankung keinerlei gröbere somatische Erscheinungen verursachte. Wenn dieser Punkt auch bei der durchaus ungenügenden klinischen Beobachtung unseres Falles nicht besonders betont werden darf, so läßt sich doch wohl mit Sicherheit sagen, daß die von uns beschriebene Krankheit nicht zu einem in das große Gebiet der „infantilen Cerebrallähmung“ hineingehörenden klinischen Bilde geführt hat.

Was sagt uns nun aber das histopathologische Bild? Offenbar haben wir es mit einer primären Gefäßerkrankung zu tun, die neben einer diffusen Schädigung des spezifischen Gewebes hie und da zu eigentümlichen gröberen lokalen Ausfällen geführt hat. Die Ursache zu dieser Gefäßerkrankung hat — nach allem Mitgeteilten — höchstwahrscheinlich schon vor der Geburt eingesetzt. Und welcher Art war sie? Darauf läßt sich eine sichere Antwort nicht geben; doch erlauben uns die zu Anfang ausführlich mitgeteilten Familienverhältnisse unseres Idioten den Wahrscheinlichkeitsschluß, daß hereditäre Momente für die uns interessierende Hirnkrankheit den Ausschlag gegeben haben. Wir finden nämlich eine weitgehende erbliche Veranlagung zu Gefäßerkrankungen in der Familie K. (Drei Personen der väterlichen Verwandtschaft, darunter zwei direkte Aszendenten, eine Person aus der mütterlichen Familie starben an Herzleiden, von diesen vier wieder drei an einem Schlaganfalle); zudem war der Vater unseres Friedrich zur Zeit der Erzeugung dieses letzten Kindes bereits schwer krank, überlebte nur kurz seine Geburt. Neben diesem Hauptfaktor mag das Alter der Eltern bei der Geburt des idiotischen Kindes und die schwere nervöse Anlage der Mutter mit belastend in Betracht kommen.

Recht schwierig ist die Frage: Wie wir den Prozeß in den Hirngefäßen histologisch aufzufassen haben? Aus dem kindlichen Gehirn dürfte etwas Ähnliches bisher nicht beschrieben worden sein. Bei der in ihrer feineren Histologie noch fast unbekannten „lobären atrophischen Sklerose“ Bourneville's handelt es sich zwar auch offenbar um einen mit Gefäßerkrankung in Zusammenhang stehenden Prozeß; doch ist hier die Schädigung weit gröber: es finden sich oft weitgehende Erweichungen als primäre Läsion.

oder es wird doch wenigstens in den sklerotischen Partien durch Ansammlungen von Körnchenzellen um die Gefäße angezeigt, daß Nervengewebe in größerer Ausdehnung schnell zugrunde gegangen ist. Auch bei den in der Literatur hie und da erwähnten Fällen von „Idiotie", in denen piale „Knochenbildungen" bei der Sektion gefunden wurden, handelt es sich um Fälle ganz anderer Art, um alte meningitische oder encephalitische Narben und dergl.

Dagegen sind aus dem erwachsenen Gehirn Prozesse bekannt, welche den von uns beschriebenen Veränderungen bis zu gewissem Grade sehr ähnlich sehen: Die senile Demenz und die zerebrale Arteriosklerose mit ihren klinischen und histologischen Varietäten, der „subkortikalen Encephalitis" BINSWANGER's und ALZHEIMER's „perivaskulärer Gliose". Doch besteht auch diese Ähnlichkeit nur bei oberflächlicher Betrachtung und geht nicht so weit, daß wir etwa versucht wären, in unserem Falle von einer „infantilen cerebralen Arteriosklerose" oder von senilen Rückbildungserscheinungen bei einem Kinde zu sprechen.[1])

Am ehesten vertrüge die Art der Gliawucherung einen solchen Vergleich: die regressiv veränderten Zelleiber, die nach allen Seiten gesandten, zarten, in der Richtung auf die Gefäße sich nicht zu dichteren Zügen zusammenschließenden Fasern erinnern wohl an die Veränderungen, wie wir sie aus senilen Gehirnen kennen; doch fehlt auch hier ein — wie mir scheint — wichtiges Symptom schwerer Gewebsschädigung: die Pigmentdegeneration der Nerven- und Gliazellen, welche wir im Senium wohl nie vermissen. Nur ganz selten fand sich bei unserem Falle Pigment in adventitialen Elementen; die Gliazellen waren völlig, die nervösen Elemente beinahe ganz frei von Pigmentkörnchen.

Ebenso ist die Gefäßalteration als durchaus eigentümlich zu bezeichnen. Kernlose Kapillaren sind uns zwar aus den arteriosklerotischen und senilen Rinden zur Genüge bekannt; dagegen dürften Proliferationserscheinungen innerhalb der Kapillarzellen, wie wir sie von unserem Falle (besonders aus der Gegend der Ventrikel) beschrieben haben — vgl. auch Taf. I, Fig. 2 — bei diesen Prozessen nicht vorkommen. Ebenso ist die lebhafte Gefäßsprossen-

[1]) Vergleiche zur Frage nach der Existenz derartiger Erkrankungen BOURNEVILLE et PILLIET: Idiotie complète symptomatique d'une encéphalite avec foyers de ramollissement. BOURNEVILLE, Recherches . . . ., Bd. VII, 1887, p. 178 ff.

bildung in einzelnen der aus der Rinde ins Mark sich erstreckenden sklerotischen Herde sehr bemerkenswert.

Auch die Arterien pflegen bei Arteriosklerose andere Erscheinungen darzubieten als in unserem Falle. Charakteristisch für Arteriosklerose ist Endothelwucherung und -degeneration, Aufsplitterung und Zugrundegehen der elastischen Membran in den größeren, Ausbildung einer mächtigen, gebogenen elastischen Membran in den kleinen Arterien, welch' letztere normalerweise auf dem Querschnitt retikulär verlaufende elastische Fasern zeigen. Hier dagegen ist die Intima der größeren Pialarterien normal oder nur regressiv verändert, in manchen Arterien mittleren Kalibers, welche beim Erwachsenen mit einer starken, geschlossenen Elastica ausgestattet sind, bilden die elastischen Fasern auf dem Querschnitt noch die für die fötalen Arterien charakteristischen Netze und in einzelnen großen Arterien (vgl. Textfig. 5a) finden sich Mehrfachbildungen der Elastica bei unverdickter Intima, die wir vielleicht nicht als eine Aufsplitterung, sondern eher als hervorgegangen aus den erwähnten, stark verdickten und regressiv veränderten embryonalen Netzen auffassen dürfen (vgl. auch Textfig. 5b).

Endlich sind auch die Herderscheinungen anders geartet, als wir sie bei der Arteriosklerose des Gehirns zu sehen gewohnt sind. Typische Erweichungen und die in neuester Zeit erst wieder von SALTYKOW[1]) eingehend und recht exakt beschriebenen „Lichtungsbezirke“ fehlen völlig. Die zirkumvaskuläre Glia ist gewuchert und chronisch regressiv verändert, zeigt aber nicht Erscheinungen der Quellung oder des akuten ödematösen Zerfalles, wie sie der „granular desintegration“ eigentümlich sind. Am ehesten lassen sich die Veränderungen in unserem Falle, besonders auch nach ihrer Lokalisation, mit ALZHEIMER's Herden einer „perivaskulären Gliose“ im arteriosklerotischen Gehirn vergleichen. Dort wie bei uns handelt es sich um eine dem Grade der Gefäßveränderung etwa parallel gehende herdförmige Gliawucherung in der nächsten Umgebung der Gefäße, welche gelegentlich keilförmig von der äußersten Peripherie in die Rinde einstrahlt. Während in ALZHEIMER's Fällen aber nur die kleineren Gefäße betroffen waren, reichen unsere sklerotischen Keile stellenweise tief ins Mark hinein, vor allem aber fehlen die Gitterzellen völlig, deren Anwesenheit bei der

---

[1]) Heilungsvorgänge an Erweichungen, Lichtungsbezirken und Zysten des Gehirns. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Bd. 41, 3. Heft, 1906.

perivaskulären Gliose anzeigt, daß diese Erscheinung als eine „unvollkommene Erweichung“ (Alzheimer) anzusehen ist.

Mit diesem histologischen Unterschiede dürfte auch eine wichtige Differenz des klinischen Bildes zusammenhängen: Während nämlich die perivaskuläre Gliose unter dem Bilde einer kortikalen Herderkrankung verläuft, scheinen bei unserem Falle nur die Zeichen einer diffusen Hirnschädigung bestanden zu haben, ein Umstand, welcher am ehesten wohl durch eine ganz chronische, zu funktionellem Ersatze Zeit lassende Zerstörung nervösen Gewebes zu erklären wäre.

Wir glauben nach dem Gesagten annehmen zu dürfen, daß es sich bei unserem Fall um eine Krankheit ganz eigener Art handelt, eine Meinung, die wir in der Überschrift dieser Arbeit bereits angedeutet haben. Die Bezeichnung „Angiodystrophia“ wurde gewählt, um einerseits anzudeuten, daß wir die Gefäßschädigung als das Primäre der Krankheit betrachten; andererseits aber mußte im Namen eine bestimmtere Hindeutung auf die Ursache dieser Gefäßveränderung vermieden werden. Denn über letztere läßt sich etwas Sicheres zurzeit nicht sagen. Nur so viel scheint uns festzustehen, daß sie mit der in mancher Beziehung ähnlichen Arteriosklerose nicht identisch ist. Ob aber toxische Einflüsse, ob die hereditäre Disposition oder noch andere Momente die Krankheit verursachten, muß einstweilen dahingestellt bleiben. Es läßt sich nicht einmal mit Sicherheit entscheiden, ob der Beginn der Gefäßerkrankung in eine prä- oder postnatale Periode fällt, obwohl manche Punkte der Anamnese und des histologischen Befundes (eigentümliche Gliahaufen im tiefen Mark, Veränderungen der Elastica in größeren Pialarterien) für letztere Ansicht zu sprechen scheinen. Auch das läßt sich wohl mit Bestimmtheit sagen, daß der Beginn der Erkrankung nicht früher als in eine Zeit fiel, in welcher die Rindenentwicklung im großen und ganzen abgeschlossen war, d. h. frühestens etwa in den 7. Fötalmonat. Die Lösung der interessantesten Fragen nach Bedeutung und Art unserer „Angiodystrophia cerebri“, vor allem auch die Frage nach ihrer Häufigkeit bleibt also der Zukunft vorbehalten.

Mir selber ist bisher nur ein Fall bekannt, der vielleicht in näherer pathogenetischer Beziehung zu unserem Idioten steht, und über den ich zum Schluß hier ganz kurz referieren möchte.

Es handelt sich um das Gehirn des am 25. X. 1904 in der ersten Med. Klin. zu München verstorbenen, tags darauf im dortigen patholo-

gischen Institut sezierten 54jährigen Michael H.[1]) Die anatomische Diagnose lautete: Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders rechts. Alte Lungenspitzeninduration rechts oben, Splenisation des rechten Unterlappens. Als Nebenbefunde wurden vermerkt: Milztumor, Stauungskatarrh des Magens und Darmes. Kleine Blutung im unteren Dünndarme. Stauungsinduration der beiden Nieren und der Leber. Ödem, Hydrothorax, besonders rechts. Hydroperikard. Cholelithiasis. Hochgradige Atrophie des Gehirns.

Das Gehirn zeigte schon makroskopisch ein sehr seltsames Aussehen. Es war im ganzen klein. (Gewicht: 1150 g bei einer Körperlänge von 155 cm.) Die Dura war fest mit dem Schädel verwachsen, die Pia verdickt und ödematös. Die Windungen des frontalen und des vorderen parietalen Gebietes auf beiden Seiten, sowie die Temporalwindungen rechts waren entschieden verschmälert und ließen auf ihrer Höhe eine ganz schmale Furche erkennen, welche die Gyri nochmals oberflächlich teilte. Bei wenig eingehender Betrachtung konnte man fast glauben, daß es sich hier um eine über die Norm hinausgehende Furchenbildung, um eine verfeinerte Differenzierung des Gehirns handelte; doch ließ genauere Untersuchung erkennen, daß wir es mit einem alten atrophisierenden Prozesse zu tun hatten: — eine Ansicht, welche durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Leider konnte eine genaue histologische Durchforschung nicht vorgenommen werden, da das ganze Präparat in MÜLLER'scher Flüssigkeit gehärtet und dadurch für die feineren Methoden unbrauchbar gemacht worden war; doch ließ sich folgendes erkennen: Rinde im ganzen stark verschmälert, keine Störung im Zellschichtenbau, kein herdförmiger Ausfall nervöser Elemente, außer an den gleich näher zu bezeichnenden Stellen. Viel Pigment in Nervenzellen, Glia und Gefäßwänden. Hie und da in Rinde und Mark der von der makroskopisch charakterisierten Veränderung getroffenen Gegenden finden sich Stellen, an denen Kapillaren und präkapillare Gefäße nur vereinzelte, degenerierte Kerne zeigen oder aber auf weitere Strecken völlig kernlos sind.

Auf der Höhe der verdoppelten Windungen läßt sich eine Einziehung erkennen, in die sich piale Gefäße einsenken. Darunter ist die nervöse Substanz keilförmig bis ins Mark hinein ausgefallen und durch derbfaseriges, kernarmes Gliagewebe ersetzt. Am Rande des Keiles sind vereinzelte Nervenzellen von Kalksalzen imprägniert. Die in den sklerotischen Teilen verlaufenden Gefäße haben verdickte, kernarme Wandungen, es finden sich aber weder besonders starke Pigmentanhäufungen noch Körnchenzellen in ihrer Wand als Zeichen einer alten Erweichung.

Die Pia ist im ganzen verdickt, reich an mächtigen Bindegewebsfasern. Hie und da finden sich in den pialen Gefäßadventitien die von unserem Idioten beschriebenen langgezogenen, scheinbar sprossenden Kerne. Entzündliche Veränderungen oder Reste von solchen fehlen. Arterio-

[1]) Das betreffende Gehirn befindet sich im Besitze von Dr. ALZHEIMER-München; für Überlassung der Krankengeschichte und des Sektionsjournals spreche ich den Herren Geh. Rat VON BAUER und VON BOLLINGER auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aus.

sklerotische Partien ließen sich weder an den größeren Hirngefäßen, noch an anderen Stellen des Körpers (Aorta, Koronargefäße) nachweisen. Auch die über den veränderten Windungen verlaufenden Gefäße ließen weder frische noch alte Veränderungen erkennen.

Besonders das letztgenannte Moment spricht dafür, daß es sich auch bei dieser Erkrankung um einen Prozeß handeln dürfte, der das Gehirn vor oder doch in früher Zeit nach der Geburt betroffen hat. Und zwar war dieser vornehmlich in den pialen Gefäßen — fast symmetrisch auf beiden Seiten [1]) lokalisiert.

Von Interesse ist dabei, daß wir es im Falle H. nicht mit einem Idioten zu tun haben. Was ich über sein Leben erfahren konnte,[2]) ist in Kürze folgendes: M. H. war der dritte von vier Geschwistern. Die älteste Schwester ist geistig gesund, verheiratet, „klagt über den Unterleib"; die zweite starb 1904 an Brustkrebs; ein jüngerer Bruder war Schreiner, dann „bei der Bank", ist jetzt pensioniert, „weil ihm etwas auf den Kopf gefallen war." Die Eltern starben mit 63 resp. 60 Jahren an „Lungensucht".

Über die Geburt und erste Kindheit unseres Michael war nichts zu erfahren. Er soll im allgemeinen gesund und kräftig gewesen sein. Kam nicht zum Militär (wegen zu geringen Brustumfanges), heiratete mit 24 Jahren, hatte nur ein Kind, das mit 14 Tagen an Verdauungsstörungen starb. In der Ehe war er mit Ausnahme eines „wehen Fußes", zweimaligen Beinbruches und eines Abszesses im Halse, der ihm 14 Tage lang das Schlucken erschwerte und dann von selbst aufging, immer gesund. Er aß mit Appetit, schlief gut, sprach nie aus dem Schlafe, lebte geschlechtlich mäßig, trank viel (etwa 8 Liter Bier täglich zugestanden). Er war ein geschickter Arbeiter (Former), 32 Jahre lang in derselben Fabrik, konnte gut schreiben und lesen, hatte überhaupt „einen guten Kopf", war kein Politiker, las „die Zeitung und die Kriegshefte". Sein Gedächtnis war gut. „Er war ein gutmütiger Mensch, war gut mit die Leut' und die Leut' hatten ihn gern."

Die letzte zum Tode führende Erkrankung wurde etwa Anfang August 1904 bemerkt, sie begann mit Kopfschmerzen, Verstopfung, Appetitlosigkeit, Erbrechen. Er wurde auffallend schwer besinnlich, im Gegensatz zu seinem früheren Charakter streitsüchtig. Das Gedächtnis nahm schnell und erheblich ab, der Schlaf wurde oberflächlich. Dann fing er auch an, irr zu reden, schaute „stierig", sagte selber in freieren Zeiten: „Ich weiß gar nicht, was das mit mir ist, ich bin ganz tappig im Kopf." Am 21. IX. 1904 wurde M. H. in die erste Med. Klinik aufgenommen. In seinem psychischen Verhalten fiel vornehmlich eine hochgradige Störung der Merkfähigkeit auf. Neurologisch bot er ataktischen Gang, fehlende Bauchdecken-, Kremaster- und Achillessehnenreflexe. Die Patellarreflexe waren nicht auslösbar; Fußclonus fehlte; die Pupillen

[1]) Ganz entsprechend dem Verhalten, wie es uns aus den meisten Fällen von „Porencephalie" bekannt ist.

[2]) Die folgenden Erhebungen wurden — soweit sie nicht aus der Münchener Krankengeschichte stammen — von Herrn Dr. Hutzler-München bei der Witwe H. gemacht. Dem genannten Kollegen sei hier nochmals mein bester Dank ausgesprochen!

reagierten. Die klinische Diagnose lautete auf Myodegeneratio cordis mit Ascites und Hydrops. Polyneuritis alcoholica. KORSSAKOW'sche Psychose. Bald trat Lungenödem auf, starke Kopfschmerzen und Schwindelgefühl stellten sich ein, und bei Incontinentia alvi, unter zunehmenden Erscheinungen des Herzens und der Lunge trat am 25. X. 1904 der Tod ein.

Auch in diesem Falle läßt die klinische Beobachtung des psychischen Krankheitsbildes viel — fast alles — zu wünschen übrig; doch scheint so viel sicher, daß die terminale Erkrankung den offenbar alten, abgelaufenen Hirnprozeß nicht erklärt. Vielmehr ist es weitaus am wahrscheinlichsten, daß wir es mit einer in das Gebiet der KORSAKOW'schen Psychose hineingehörigen Erkrankung eines (durch einen in frühester Kindheit abgelaufenen pathologischen Prozeß) invaliden Gehirnes zu tun haben.

Was dies für ein Prozeß war? Ob er im speziellen als identisch mit unserer Angiodystrophia cerebri anzusehen ist? können wir bei unseren geringen Kenntnissen über alle die anatomischen Läsionen, welche das Gehirn pränatal und in frühester Kindheit betreffen, heute nicht mit Sicherheit entscheiden. Wir können zum Schlusse nur noch einmal wiederholen, was wir am Anfang ausführten: daß auf diesem für die Entwicklung der Idiotenforschung fundamentalen Gebiete fast noch alle Arbeit der Zukunft vorbehalten bleibt.

Tafelerklärung.

Tafel I.

Die Figuren 1—5 und 7 sind nach Präparaten unseres Idioten, Fig. 6 aus einem Fall von „Eclampsie“ bei einem Säugling gezeichnet.

Fig. 1. Schwere diffuse Veränderungen aus der Zentralgegend links, an der Grenze zwischen Rinde und Mark. Toluidinblaufärbung. Vergrößerung: ZEISS, $^1/_{12}$ Immersion, Okular I, Objektabstand 15,0 cm. Kernlose Kapillaren (*cpl*), degenerierte Nervenzellen (*nvz*), gewucherte und degenerierte Glia (*glz*).

Fig. 2. Flachschnitt durch eine Markvene. Färbung mit Toluidinblau. Vergrößerung: ZEISS, $^1/_{12}$ Immersion, Kompensationsokular IV, Objektabstand 17,0 cm. Degeneration der gewucherten Endothelzellen.

Fig. 3. Verkalkte Nervenzelle (*nvz*), von gewucherten, degenerierten Trabantzellen (*tr*) umgeben. Links eine stark proliferierte Gliazelle (*glz*). Färbung und Vergrößerung wie bei Fig. 1, doch Objektabstand 17,0 cm.

Fig. 4. Gewucherte Gliazellen um ein Markgefäß. Toluidinblau. Vergrößerung wie Fig. 3. Man beachte die feinen protoplasmatischen Fortsätze, welche die Gliazellen gegen das Gefäß senden!

Fig. 5. Scharf abgegrenzter Haufen von Gliazellen um ein degeneriertes Markgefäß nahe dem Ventrikel. Färbung und Vergrößerung wie bei Fig. 1.

Fig. 6. Kernsprossung und -degeneration im pialen Bindegewebe, als Vorstufe der Bildung von „hyalinem Osteoidgewebe“. Im Zentrum eine Kalkspange. Thioninfärbung. Vergrößerung: ZEISS, DD, kompens. Okular IV. 17,0 cm Objektabstand.

Fig. 7. Hyalines Osteoidgewebe aus der Pia des Frontalhirns. Toluidinblaufärbung. Vergrößerung wie Fig. 6.

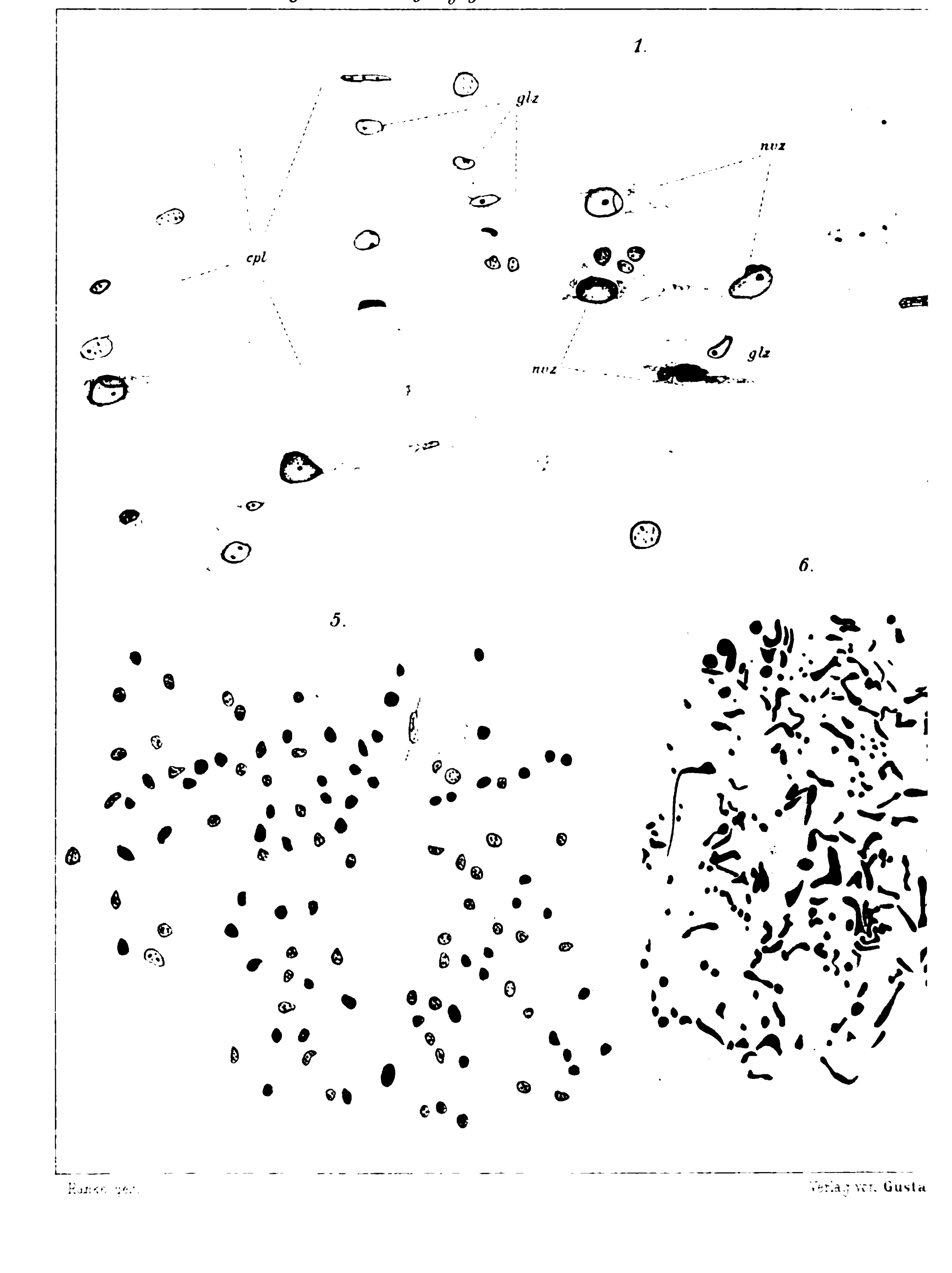
Tafel II.

Fig. 1. Gliawucherung um eine degenerierte Vene im Mark des Occipitalhirns. Gliafaserfärbung mit Viktoriablau. Vergrößerung: ZEISS, $^1/_{12}$ Immersion, Okular I, Objektabstand 17,0 cm.

Fig. 2. Verkalkte Nervenzelle (*nvz*), degenerierte Kapillaren, gewucherte Glia im Parietalhirn. Färbung und Vergrößerung wie Fig. 1.

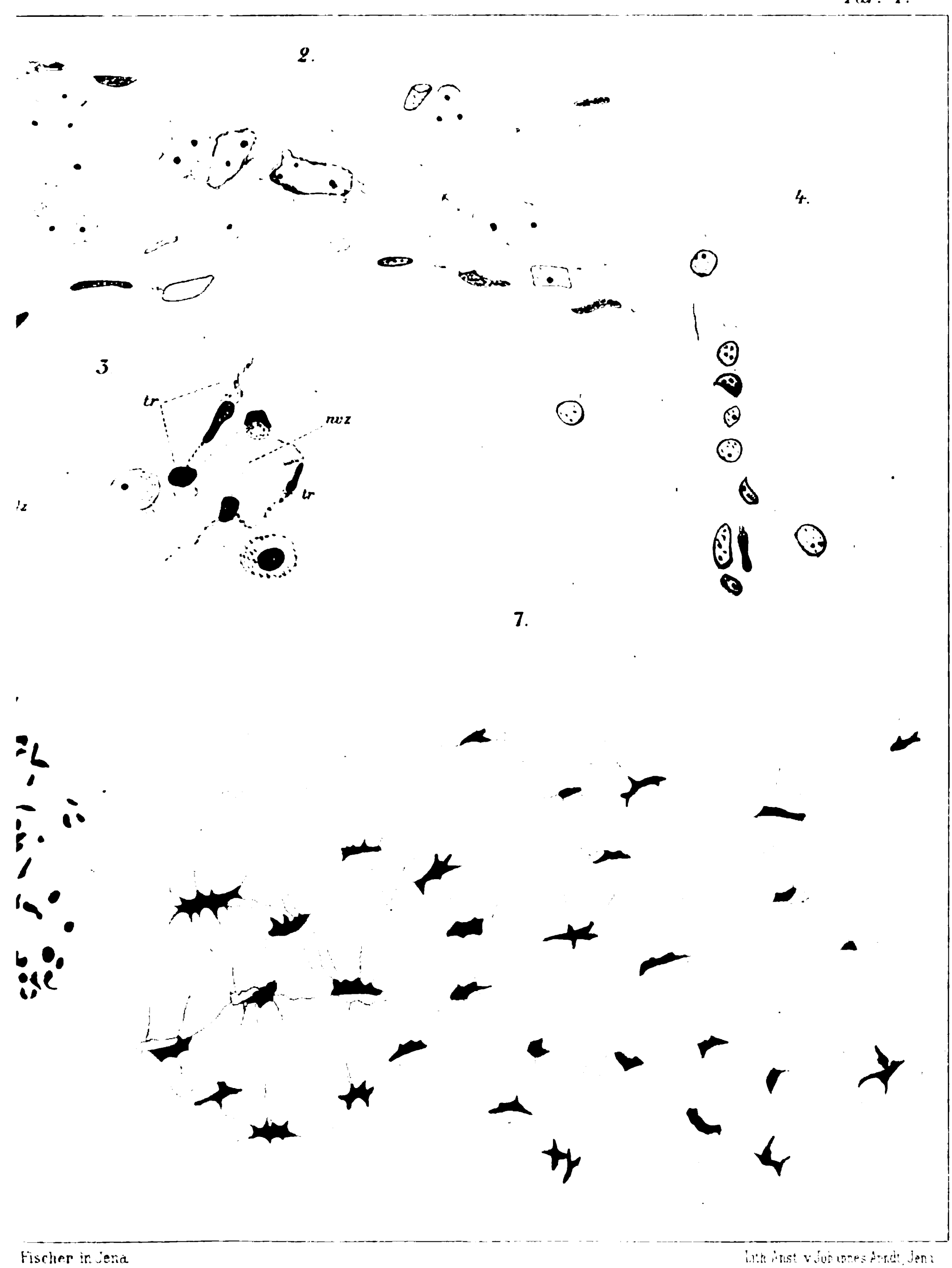
Fig. 3. Einscheidung einer verkalkten Pyramidenzelle aus dem Parietalhirn durch Gliafasern. Färbung, Vergrößerung wie Fig. 1.

Fig. 4. Lebhafte Kapillarwucherung und Gefäßsprossenbildung in einem sklerotischen Rindenherde. Die punktierte Linie deutet die Grenze zwischen dem Herd und dem normalen Nachbargewebe an. WEIGERT's Elastica-Färbung. Vergrößerung: ZEISS, aa, Kompensationsokular VIII, Objektabstand 17,0 cm.

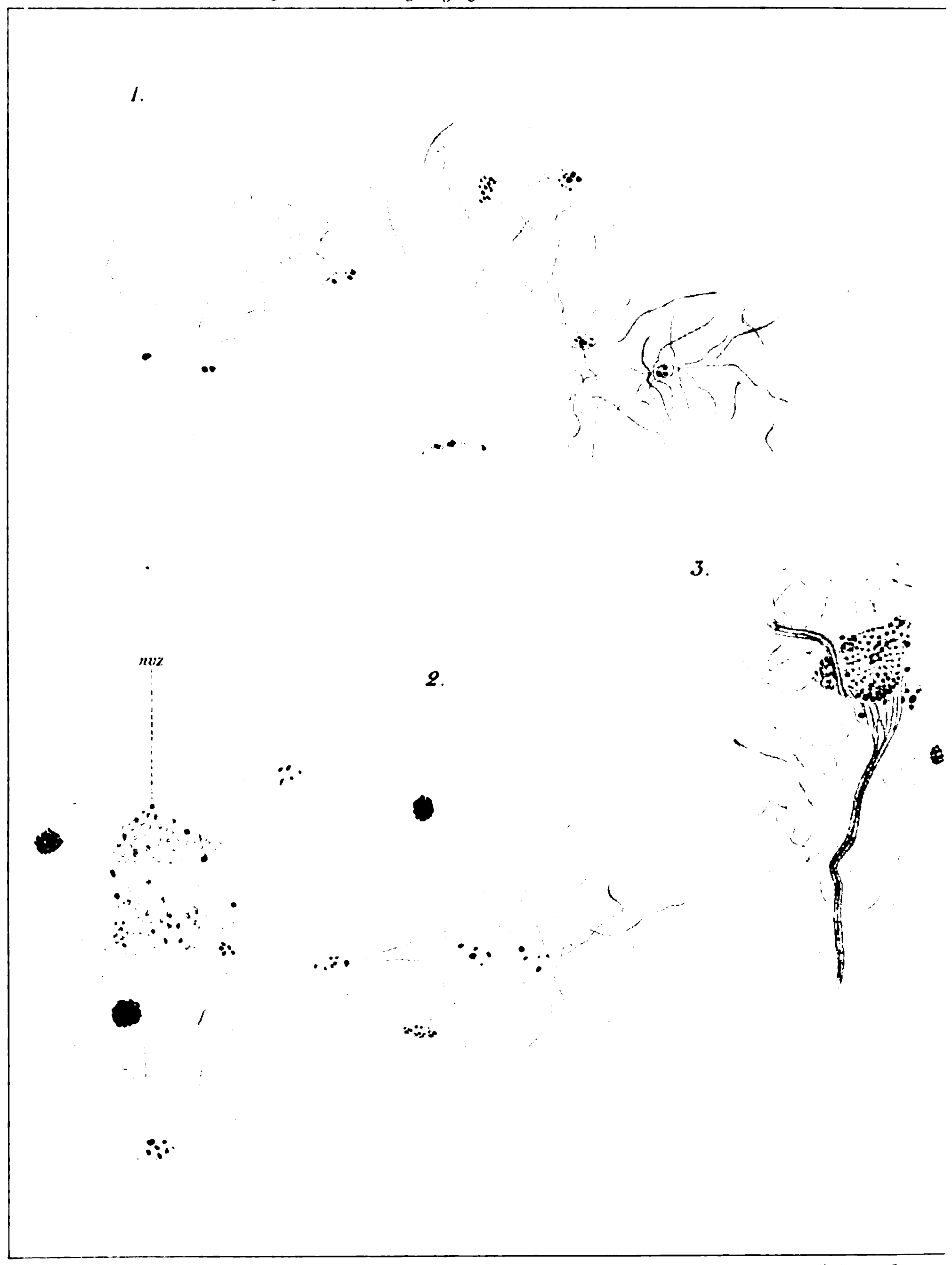


Ranke gez.

Verlag von Gusta

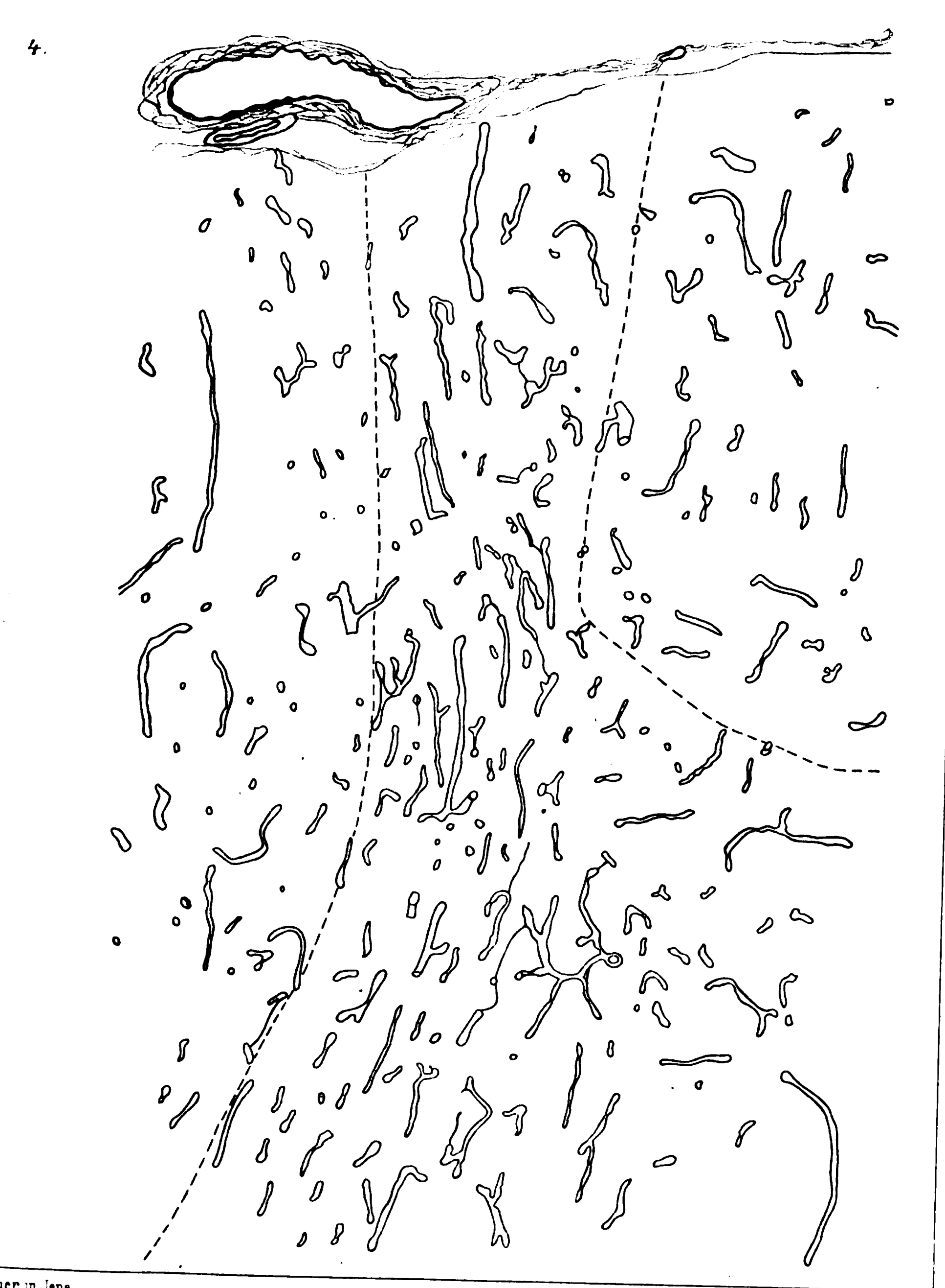


Fischer in Jena
Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena



Ranke gez.

Verlag von Gustav



cher in Jena.

Lith Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf.

Von

Dr. **Meltzer,** Anstaltsarzt.

(Schluß.)

Mit 4 Skizzen.

Im Anschauungsunterricht ist die beste Gelegenheit auch das Ichbewußtsein der Schwachsinnigen, das, falls es überhaupt vorhanden, nur sehr dürftig entwickelt ist, zu wecken. Fühlt das blinde Kind infolge fehlenden Gesichtssinnes und fehlender Ablenkung auf die Außenwelt sich selbst zu viel, ja wird es geradezu auf seinen eigenen Körper durch den Zwang der Verhältnisse hingewiesen, so fühlt das schwachsinnige Kind sich zu wenig. Es kennt weder sich noch seine Körperteile. Hier können wieder Unterricht in der Anschauung, im Turnen und Spiel, im Selbstbedienen auf das gemeinsame Ziel diese Begriffe zu fördern, hinarbeiten. Es ist selbstverständlich, daß bei jeder Gelegenheit auch die Sprachmuskeln geübt werden sollen, damit das Kind zeitig mit dem Begriff vom Gegenstand das richtig gesprochene Wort verbindet. Kleine einfache Sätze, wie „Ich fasse meinen (deinen) Kopf", „Wir fassen unsere Köpfe" usw., verbunden mit entsprechenden Bewegungen, fördern nicht nur die Begriffe von mein und dein, als Bewegungsspiel machen sie den Kindern viel Spaß, sind für den Lernenden eine Gedächtnis- und Unterscheidungsübung, für den Lehrenden dagegen eine Gedächtnisprüfung, die oft wiederholbar und variierbar ist. — Eine vorzügliche Übung der Aufmerksamkeit ist das Ballspiel. Die Pflegerin nimmt sich jeden ihrer Abteilung vor und wirft ihm so und so viele Male auf nahe Entfernungen den Ball zu und läßt sich ihn wieder zuwerfen; währenddessen können sich die

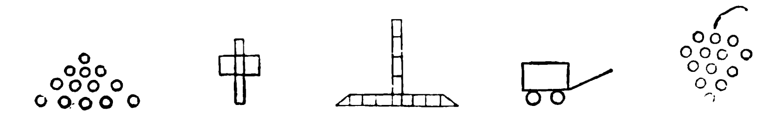
anderen im Zimmer, bei schönem Wetter im Freien auf den nahen Sandhaufen tummeln, Löcher graben, Sand in kleinen Schubkarren fahren, Steine häufen oder sie werden, wenn sie spontan nichts tun, aufgestellt, um diesem Ballwerfen zuzuschauen. Auch Laufübungen auf einem schmalen, etwas erhöht über den Fußboden befestigtem Brett (in höherer Abteilung auf einem abgerundeten Balken). Übungen mit dem Pochen des Hammers auf Holzblöcke, wobei die Finger in acht genommen werden müssen, fördern die Koordination der Bewegung; das glückliche Vollbringen einer solchen Übung, einer besonderen Leistung im Spiel, spornen mit der Zeit doch auch die Gleichgültigsten zu schüchternen Nachahmungen an. Ja man kann beobachten, wie Automatismen, eines der ominösesten Symptome (und durchaus nicht immer ein Symptom von Epilepsie, wie Autoren behaupten) unter solchen für diese Kinder geeigneten Aufmerksamkeitsspannungen mit der Zeit schwinden. Wenn also Automatismus auch wohl immer eins der am meisten pathognomonischen Zeichen für Bildungs- und Erziehungsunfähigkeit ist, so rechtfertigen sich nach Verf.'s Beobachtung doch auch in diesen, meist mit schweren sonstigen Entartungszeichen verbundenen Fällen Erziehungsversuche, die nur abgebrochen werden sollten, wenn genau wiederholte psychologische Versuche ein längeres Stehenbleiben auf niederer Stufe, oder gar einen Rückgang beweisen.

Der Entwicklung der rohen Kraft und der Bewegung als solcher muß die Entwicklung der Handfertigkeit, den „Gaben" die „Beschäftigung" folgen, wie FRÖBEL gelehrt hat, dessen Studium nicht genug jedem, der sich mit normalen wie krankhaften Kindern beschäftigen muß, empfohlen werden kann. FRÖBEL hat mit Scharfblick in die Praxis umgesetzt, was erst lange nach ihm die Wissenschaft begründet hat. Wir können ihn als einen praktischen Vorläufer der wissenschaftlichen Psychologie und zwar der MÜNSTERBERG'schen Aktionstheorie betrachten. — Die einzelnen Fröbelbeschäftigungen, das Perlenreihen, Bauen, Sortieren, Falten, Flechten, Stäbchenlegen, Erbsenarbeit, Ausnähen, Tonen u. a. kann Verf. hier übergehen, da ihre sinngemäße Verwendung in der Schwachsinnigenerziehung schon in dem früheren Artikel II berührt worden ist. Noch zu erwähnen ist ein Mosaikspiel, das der hiesige Anstaltslehrer FRITSCHE sich hat patentieren lassen; es ermöglicht an der Hand einfacher wie schwierigerer Vorlagen eine große Reihe von Gegenständen in Mosaik nachzusetzen, und veranschaulicht dadurch dem Schwachsinnigen die charakteristischen Konturen des betreffenden Gegenstandes. Er ist nicht nur eine vorzügliche Vorbereitung auf das

Zeichnen, sondern auch eine Hilfe für das Lesen und Schreiben. Denn es lassen sich mit ihm auch sämtliche lateinische Buchstaben, mit denen hier Lesen und Schreiben angefangen wird (s. weiter unten), wie auch die Ziffern setzen. In etwas veränderter Form unter Rahmen läßt er sich als Demonstrationsobjekt in der Klasse benutzen. In seinen verschiedenen Größen (er ist im Detail direkt von ihm zu beziehen) ist er nicht nur für die Kleinsten und Schwächsten, sondern auch für die Größten, ja selbst für Erwachsene ein Unterhaltungsspiel, da sich auch ohne Vorlagen die beliebigsten Gegenstände in mehr oder weniger großer Vollkommenheit nachbilden lassen.

Eine Arbeit, gleichwichtig für Mädchen und Knaben ist das Flechten des Tuchleistenzopfes, das schon in den untersten Vorschulabteilungen betrieben wird als Vorbereitung für das Schilf-, Stroh- oder Bastrohrdeckenflechten und Rohrstuhlbeziehen, Beschäftigungen, die dem entlassenen Schwachsinnigen und zwar auch den nur beschränkt Bildungsfähigen in jeder Lebensstellung sehr zustatten kommen, und ihm in den Augen der Umwelt das beste Zeugnis ausstellen, daß er in der Anstalt etwas gelernt hat. Das gleiche gilt vom Bürstenbinden und Netzstricken, in denen selbst Gelähmte, Verkrüppelte und geistig oft sehr Minderwertige allmählich brauchbare Leistungen verzeichnen lassen.

Während nun des weiteren die Mädchen mehr für die ihnen im späteren Leben meist zukommende Hausarbeit schon im Schulalter vorbereitet werden müssen, bieten sich für die noch im Schulalter stehenden Knaben die Holz- und Papparbeiten zur weiteren Ausbildung der Handgeschicklichkeit. Viele Knaben bästeln gern, und diejenigen, die von vornherein keine Neigung haben, gewinnen sie, wenn sie andere etwas gestalten sehen. — Angefangen wird bei den „Papparbeiten“ mit dem Aufkleben von Kreisen, Dreiecken, Vierecken, Rechtecken, die aus farbigem Karton mit Locheisen rasch in Mengen ausgestanzt werden können. Durch Verbinden dieser verschiedenen Formen können Kreuze, Kugelhaufen, Denkmäler, durch Zuhilfenahme einiger Bleistiftstriche Uhren, Zifferblätter, Wagen, Trauben usw., kurz alle möglichen Formen nachgebildet und in einem Buche aufgeklebt werden.



Später kommen Schönheitsformen und Papparbeiten mit dem Modellierbogen daran, die zu Weihnachten unter dem Christbaum Aufstellung finden. Niemals ist aber der eigentliche Zweck dieser Arbeiten aus dem Auge zu lassen, nämlich der, daß die Kinder neben der Übung von Auge und Hand auch lernen wirklich im Leben Brauchbares herzustellen. Deswegen werden in den späteren Jahrgängen Tüten geklebt, Bilder aufgezogen, Mappen angefertigt u. dgl. Noch mehr kommt der Nutzwert der gefertigten Gegenstände bei den „Holzarbeiten“ zum Ausdruck. Es wird angefangen mit dem Schnitzen von Blumenstäben, Fenstervorsetzern, Pakethaltern; später kommen Filetstricknadeln, Kästen, Fenstervorleger, Fensterhalter daran; für die Puppenstuben der Mädchen werden Puppenmöbel verfertigt. Die Hobel- und Sägearbeiten beginnen mit der sauberen Ausführung von Zaunlatten, Fensterkästen, Christbaumkreuzen, um schließlich zur Anfertigung von Kleiderhaken, Kleiderhaltern, Gartenfußbänken und anderem zu gelangen. Solche wirkliche Gebrauchsgegenstände sind, wenn sie auch nicht immer schön aussehen und als Paradestücke dienen können, viel wertvoller nach ihren Nutz- und Arbeitsleistungen als schwierige Laubsäge- und Kerbschnitzarbeiten. Doch werden auch diese nicht ganz vernachlässigt.

Die schwachsinnigen Mädchen sind im allgemeinen noch schwerer zu erziehen und zu einiger Erwerbsfähigkeit heranzubilden als die Knaben. Denn nur wenn ihre geistigen Defekte sehr groß, wenn sie im Elternhaus sehr störend waren, entschließen sich die Eltern und die betreffenden Behörden, solche Mädchen in die Anstalt unterzubringen. Deswegen sieht man auch hier unter den Mädchen viel blödere Gesichter als unter den Knaben. Aber auch ihre Anstaltserziehung kann wegen der Inferiorität des weiblichen Körpers wie wegen der geringen Aussicht auf eine bestimmte berufliche Tätigkeit weniger erfolgreich sein, wie die der Knaben. Da sich nie voraussehen läßt, in welche Verhältnisse einmal ein Mädchen kommt, so muß also versucht werden, es möglichst generell in allen weiblichen Handarbeiten auszubilden, wie solche in jedem Hausstand gebraucht werden, also im Scheuern, Waschen, Stricken, Nähen. Nachdem daher die Fröbelbeschäftigungen in den Vorschulen und unteren Schulklassen in der Hauptsache abgetan sind, wird mit jenen Arbeiten in bestimmten Lehrstunden angefangen. Die Mädchen lernen Knöpfe, Haken, Ösen, Band annähen, Knopf- und Schnürlöcher, Zwirnösen anfertigen, die verschiedenen Nähte ausführen, schließlich Wäsche und Hemden zeichnen und nähen. Diejenigen, die am

meisten Geschick bekunden, werden zu einer Sammesklasse vereinigt und kommen dann meistens nach dem Schulalter in die Nähabteilung, wo sie hauptsächlich mit Ausbessern und Nähen von Wäsche beschäftigt werden. Manche, freilich nicht viele, bringen es bis zum Maschinenähen, wozu ja weniger Geschick als namentlich Aufmerksamkeit und eine gewisse Denkschnelligkeit gehört, und erwerben schließlich auch eine gewisse Selbständigkeit, die für kleinere dörfliche Verhältnisse genügt. Viele scheitern daran, daß sie für wechselnde Verhältnisse die Maße nicht beherrschen, während sie nach bestimmten Angaben und unter Aufsicht Brauchbares leisten. — Die weniger zu Näharbeiten Befähigten werden nach der Schulzeit der Abteilung der Küchen- und Hausarbeiterinnen zugeteilt. Diese besorgen in dem Zuputzraum der Küche unter Aufsicht einer Pflegerin alle leichteren Arbeiten, wie das Ausstechen und Nachputzen der in der Maschine geschälten Kartoffeln, das Putzen und Waschen der Gemüse; andere decken die Tische auf und ab, besorgen die Reinigung der Tafeln und Speisesäle, wie sie auch hier und da in anderen Häusern zu Reinigungszwecken verwendet werden. Schwachsinnige Mädchen sind im allgemeinen nicht zu feineren Küchenarbeiten zu verwenden, geschweige denn zum Kochen, wozu immer ein Nachdenken und Selbständigkeit der Entschließung gehört. Auf ihre Mitwirkung, außer bei den niedrigsten Arbeiten, ist also in Anstalten nicht zu rechnen.

Eine dritte Abteilung ist die der Waschmädchen. Sie arbeiten unter einer Pflegerin im Lehrwaschhaus (siehe Werkstätte für weibliche Schwachsinnige Skizze 7a u. b). Die Ungeschicktesten müssen zunächst die Rolle oder die Waschmaschine drehen, andere waschen am Waschfaß bunte und auch etwas weiße Wäsche; die Besten lernen auch die Wäsche richtig aufdocken. — Es gibt auch noch eine Strickabteilung, wo im allgemeinen die schwächsten Kräfte nach der Schulzeit vereinigt werden. Wenn überall, so ist hier die fortwährende Aufsicht einer Pflegerin nötig, da diese Mädchen ganz mechanisch arbeiten.

Eine ähnliche Abteilung hinsichtlich der in ihr eingestellten schulentwachsenen männlichen Schwachsinnigen, ist die der Rohrweber. An einem Webstuhl können 4 Knaben arbeiten, indem sie Schilfrohr mit Draht durch eine einfache Schlinge zu Rohrdecken weben, die zur Berohrung der Decken dienen. Es ist das eine sehr leichte und einfache Arbeit, die selbst von recht tiefstehenden Schwachsinnigen verrichtet werden kann und auch auf die erregteren Elemente im Sinne der Beruhigung und Arbeitsgewöhnung einwirkt.

Fig. 7 a.*)

*) Die Treppe in Fig. 7 ist bei der Bauausführung unwesentlich anders gegen die anliegenden Räume orientiert worden.

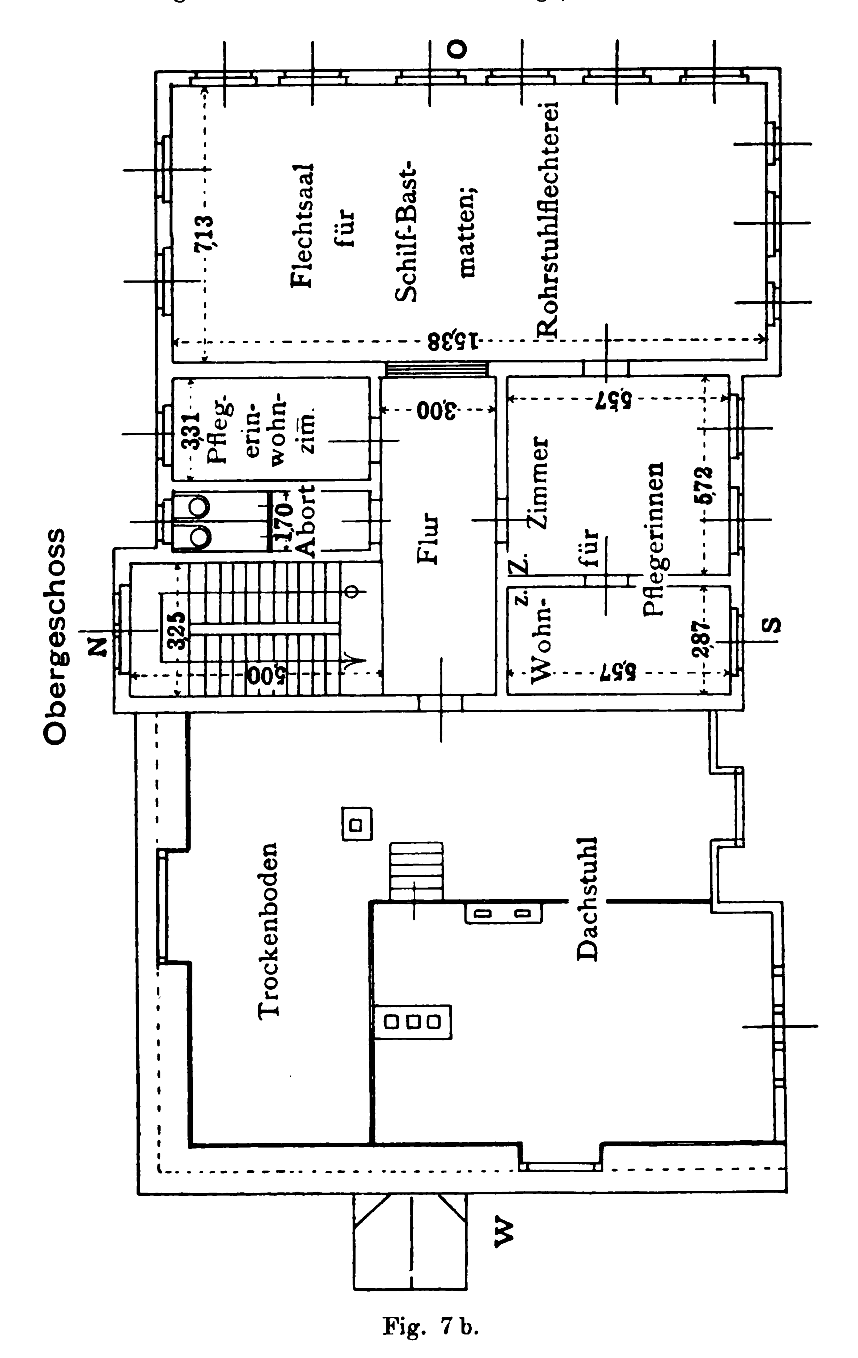

Obergeschoss
O
N
S
W
Flechtsaal für Schilf-Bast-matten; Rohrstuhlflechterei
7,13
15,38
Pfleg-erin-wohn-zim̄.
3,31
Abort
1,70
Flur
3,00
Zimmer für Pflegerinnen
5,57
5,72
Wohn-z.
Z.
2,87
3,25
5,00
Trockenboden
Dachstuhl

Fig. 7 b.

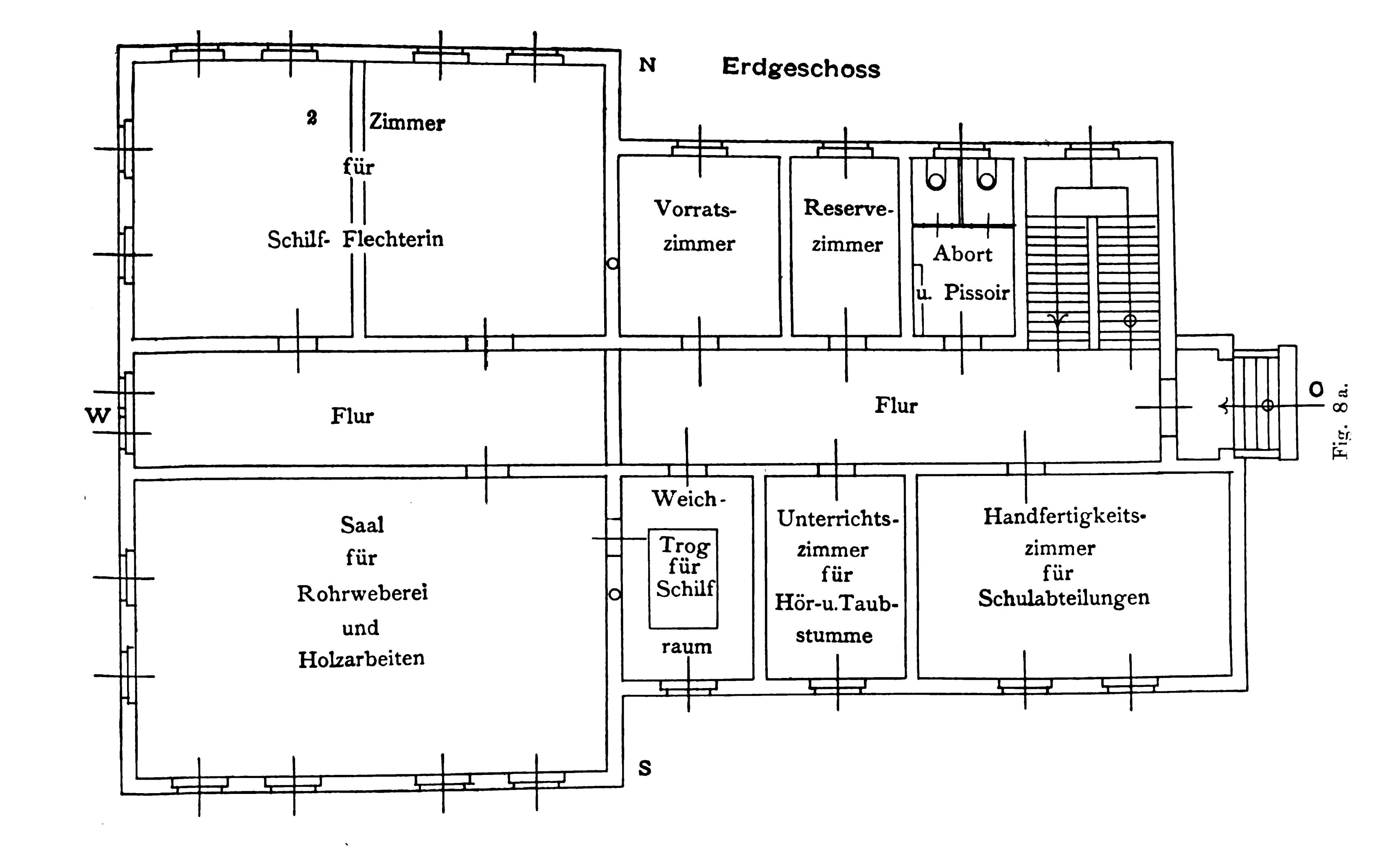

Erdgeschoss
N
W
S
O
2 Zimmer für Schilf- Flechterin
Vorrats-zimmer
Reserve-zimmer
Abort u. Pissoir
Flur
Flur
Saal für Rohrweberei und Holzarbeiten
Weich-raum
Trog für Schilf
Unterrichts-zimmer für Hör-u. Taub-stumme
Handfertigkeits-zimmer für Schulabteilungen

Fig. 8 a.

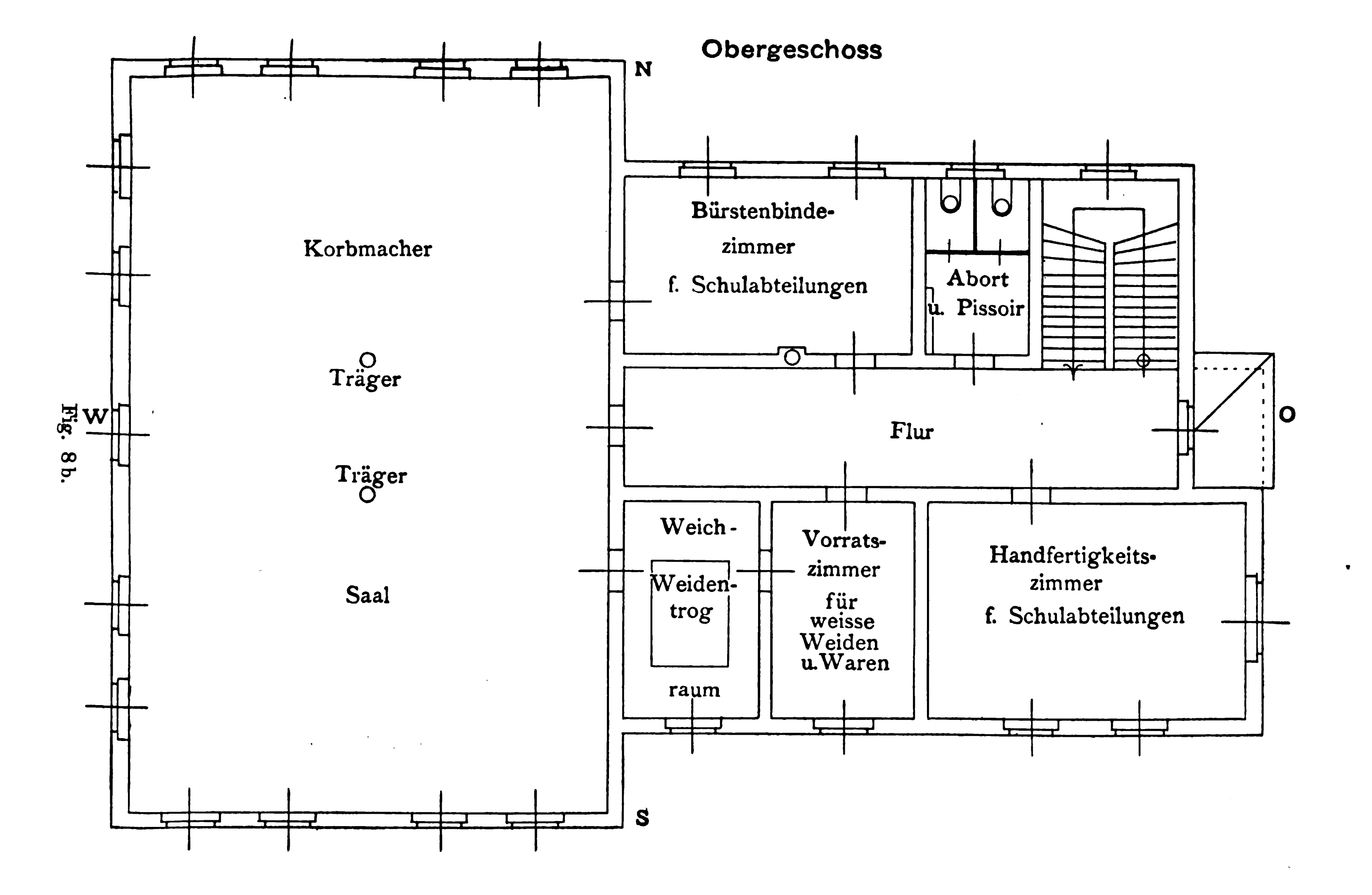

Obergeschoss
N
O
S
W
Korbmacher
Träger
Träger
Saal
Bürstenbinde-
zimmer
f. Schulabteilungen
Abort
u. Pissoir
Flur
Weich-
Weiden-
trog
raum
Vorrats-
zimmer
für
weisse
Weiden
u. Waren
Handfertigkeits-
zimmer
f. Schulabteilungen

Fig. 8 b.

An dieser Stelle dürfte die Einrichtung des Werkstättengebäudes für männliche Schwachsinnige interessieren (s. Skizze 8 a u. b).

Zu dem, was in den früheren Artikeln über die Arbeiterabteilungen der männlichen Schwachsinnigen gesagt worden ist, mag noch ergänzend hinzugefügt werden, daß bei der Abteilung der Garten- und Feldarbeiter Gruppen gebildet werden, je nach der verschiedenen Intelligenz der einzelnen oder nach den in der Abteilung schon erworbenen praktischen Kenntnissen. Die Unterklasse der Gartenarbeiter fängt z. B. mit einfachen Arbeiten an, wie Steine lesen, Erde und Dünger fahren, Wasser zutragen, Wege jäten, Möhren abschneiden u. dgl. Die Mittelklasse fährt fort mit Umgraben, Gemüsebeete jäten, Raupen lesen, Sellerie, Möhren, Zwiebeln einernten, Sämereien und Gemüse auslesen, Holz hacken; endlich die Oberklasse mit Pflanzen, Anhacken der Gemüse- und Blumenbeete, Abpflücken von Bohnen, Erdbeeren usw., ein Stück Land abrechen und in Beete einteilen u. dgl. — Drei solcher Klassen bestehen auch bei den Feldarbeitern (siehe Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker, S. 108 und 109 in dem Aufsatz von G. Nitzsche, „Die technische Ausbildung der schwachsinnigen Knaben“.) Ebenso wie die Gärtner werden sie von Zeit zu Zeit von ihrem Pfleger in bestimmten Fragen geprüft, die ihrem geistigen Horizont und bisherigen Erfahrungen in der Arbeit entsprechend gestellt werden. Es soll dadurch das Nachdenken über die verschiedenen Arbeitsbetätigungen angeregt und ihnen ein gewisser Fonds von positivem Wissen beigebracht werden, das besonders auch dem künftigen Lehrherrn zugute kommt.

Hauptsache bei allen diesen Arbeiterabteilungen männlicher und weiblicher Schwachsinnigen ist, daß sie hier im Gegensatz zur Schulzeit, in der höchstens der Handfertigkeitsunterricht zweistündig erteilt wird, die eigentliche Ausdauer zur Arbeit lernen, die später im Leben von ihnen verlangt wird, sollen sie nicht von einer Stelle zur anderen geschickt werden. Die Arbeitszeit ist daher mit Ausnahme der Frühstücks-, Mittags- und Vesperpause durchgehend. Den Neulingen, die von der Schule her gewöhnt sind, jede Stunde etwas anderes zu treiben, geht zuweilen die Geduld aus. Schließlich aber lernen sie auch diese und gewöhnen sich an Genauigkeit und Ordnungsliebe in der einmal erfaßten Arbeit und sind dann unter geeigneter Aufsicht brauchbare, gehorsame und ausdauernde Arbeiter.

Daß männliche Schwachsinnige nur selten selbständige Wirtschafts- oder Gärtnereigehilfen oder Korbmacher werden können,

liegt in ihrer Natur begründet. Zurzeit betreibt keiner der Entlassenen ganz selbständig ein Geschäft. Die berührte Art der Ausbildung bietet aber den Vorteil, daß ungefähr bis zu 30 % derselben unter Aufsicht und Anleitung völlig erwerbsfähige Menschen werden. Sie arbeiten im Lande draußen als Korbmacher, Gärtnergehilfen und Knechte, als Straßen-, Hand- und Fabrikarbeiter. — Bei dem angegebenen Prozentsatz muß berücksichtigt werden, daß in die hiesige Schwachsinnigenanstalt durchschnittlich nur solche Schwachsinnige kommen, die draußen in den Hilfsschulen nicht mit vorwärts gebracht worden sind oder von vornherein keine Aussicht auf Erfolge in der Schule geboten haben. In Sachsen sind ja Hilfsschulen so verbreitet, daß sie der Anstalt die leichter Schwachsinnigen wenigstens aus den volkreicheren Ortschaften abnehmen. Dieser Umstand drückt natürlich ganz erheblich auf den Prozentsatz der zu völliger Erwerbsfähigkeit zu bildenden männlichen Schwachsinnigen. Bei den weiblichen ist die Zahl der nur zu beschränkter Erwerbsfähigkeit Heranzubildenden oder solcher, die nur eine erziehliche Besserung verzeichnen lassen, aus oben erwähntem Grunde noch viel größer. Genaue Zahlen werden sich aber erst feststellen lassen, wenn die früher getrennten Abteilungen einige Jahre unter einheitlicher Leitung gestanden haben.

Wenn das Wort „non scholae sed vitae (discimus)“ Ziel jeder Schule sein muß, so gilt es ganz besonders für die Schwachsinnigenanstalt. Daß in einer Anstalt, wo nur bildungs- und erziehungsfähige Kinder aufgenommen werden, die Schule einen breiteren Raum einnehmen muß, als in solchen, wo auch Bildungs- und Erziehungsunfähige oder gar Erwachsene verpflegt werden, versteht sich von selbst. Aber auch in einer solchen Anstalt wie der hiesigen muß die Schulleitung beständig im Auge haben, daß nicht Schulkenntnisse, sondern manuelles Geschick, verbunden mit allgemeiner Orientiertheit in einfachen Lebensverhältnissen das Hauptcrfordernis für den heranzubildenden Schwachsinnigen sein müssen. Bei jeder Aufstellung des Stundenplanes wie der Lehrpläne muß also alles Unnötige nur das Gedächtnis Belastende weggelassen und immer wieder geprüft werden, ob der für das Leben nötige Lernstoff darin voll berücksichtigt ist und bald in der neuen bald in der anderen Form wiederholt wird. Also weg mit Geschichte, Erdkunde u. ä., was Verfasser noch auf Stundenplänen anderer Anstalten bemerkt hat. Es genügt, wenn der in der Anstaltsschule herangewachsene Schwachsinnige etwas Bescheid über sein engeres Heimatland und die nächste Umgebung weiß, und den Sinn einiger durchsichtiger

Geschichten aus Altem und Neuem Testament und deren Nutzanwendung auf das tägliche Leben begreift, damit diejenigen moralischen Vorstellungen, die ihm im Anstaltsleben anerzogen worden sein sollen, befestigt werden. — Äußerst wichtig ist die Beherrschung von Zeit- und Raummaßen; er muß die Uhr, das Geld, die übliche Zeiteinteilung kennen; praktische Übungen im Ein- und Verkaufen, Geldwechseln, an einer verstellbaren Uhr, Ausmessen, Auswiegen und Unterscheiden von Gegenständen, Feld- und Gartenfrüchten u. dgl. sollten in den oberen Schulklassen wie in der Fortbildungsschule, die der in den Arbeiterabteilungen naheliegenden Gefahr der Abstumpfung entgegenarbeiten muß, tüchtig getrieben werden. — Was nützen ihm Kenntnisse im Lesen und Schreiben, die er doch draußen wenig Gelegenheit hat weiter zu üben oder bald vergessen wird, wenn ihm die nötigsten Lebenserfahrungen fehlen? Andererseits wäre es völlig verkehrt den Schreibleseunterricht ganz zu vernachlässigen. Ist er doch, wie Verf. früher näher ausgeführt hat, ebenso wie das Zeichnen ein wichtiges Hilftsmittel zur Erziehung der Finger- und Handgeschicklichkeit, des Formensinns, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses schon in den unteren Klassen. Seit 2—3 Jahren wird hier nach dem Prinzip „Vom Leichteren zum Schwereren“ mit der lateinischen Frakturschrift (Hilfsschulfibel von G. Nitzsche) angefangen. Diese Buchstaben lassen sich viel leichter auffassen wie die deutschen, malen, zeichnen, in Mosaik nachsetzen, ausnähen, tonen, kurzum den Kindern in spielender Weise beibringen. Der Übergang von der lateinischen zur deutschen Schrift, die ja zurzeit in Volksbüchern und Zeitungen noch bevorzugt wird, fällt auch den Schwachsinnigen nicht schwer. — Die Erfahrung hat gelehrt, daß viele Schwachsinnige, die in der Anstaltsschule sehr gut mit fortgekommen sind, hinter den auf sie gesetzten Erwartungen sehr zurückblieben und nur beschränkt arbeitsfähige Menschen wurden, während andere in der Schule gar nicht Fortkommende recht brauchbare und geschickte Arbeiter geworden sind. Die Erziehung zur Arbeit, zu einer sie fesselnden Selbsttätigkeit muß sich also wie ein roter Faden durch die ganze Anstaltsschule ziehen, wie es im Absatz über Handfertigkeitsunterricht ausgeführt worden ist.

Der systematischen körperlichen Ausbildung des Schwachsinnigen dienen das Turnen, die Bewegungsspiele und die Spaziergänge. Das Turnen findet in der Turnhalle statt, die, da eine Bühne vorgesehen, zugleich als Festsaal benutzt werden kann, wo angängig, unter Zuhilfenahme des Klaviers, weil der musikalische Rhythmus

die Bewegungen erleichtert und die Freibewegungen so zu einem Genuß gestaltet. Durch Anbringung von Schellen an den Holzstäben, wodurch bei jeder Bewegung desselben ein kurzes Schellengeläut hervorgebracht wird, kann auch ohne Klavierbegleitung ein eurhythmisches Turnen ermöglicht werden. Turnen und Bewegungsspiele können auch auf dem großen Spielplatz statthaben, der zur Hälfte eine harte trockene Bodenfläche hat, zur Hälfte mit Gras bewachsen ist. Wünschenswert wäre auch eine Turnstunde für Gelähmte, Verkrüppelte und Schwachbrüstige, die am besten der Arzt zu leiten hätte, sowie eine Art Sonnen- und Luftbad, verbunden mit einem niedrigen Bassin, wo bei günstigen Witterungsverhältnissen im Freien gebadet werden könnte, und auch Einrichtungen da wären, die es ermöglichen, eine größere Zahl Soolbäder gleichzeitig zu verabreichen. Zuführung von Dampf würde das Bassin auch schon an Tagen benutzen lassen, wo eine genügend hohe Lufttemperatur herrscht, die Sonne aber noch zu wenig Heizkraft zur Erwärmung des Wassers entwickelt. Eine solche Einrichtung würde den vielen Skrofulösen unter Blinden und Schwachsinnigen mehr Nutzen bringen als das Lebertrantrinken, das nur wenigen mit perversem Geschmack Freude macht und oft zu umgehen gesucht wird. — Im Winter würde dasselbe Bassin als Eisfläche zum Schlittschulaufen, also einer gesunden und die Gewandtheit des Körpers fördernden Bewegung benutzt werden können.

Die Schwachsinnigenanstalt steht wie die Blindenanstalt unter einem Schuldirektor, dem die ganze innere Organisation sowie die Entlassenenfürsorge obliegt. Unter ihm arbeiten 11 Lehrer, 1 Lehrerin, 1 Werkmeister, 2 Oberpfleger, 2 Oberpflegerinnen, 18 männliche, 34 weibliche Pfleger, 6 Hilfswärterinnen (letztere als Ersatz für die zurzeit etwas spärlich aus dem Pflegerinnenhaus zu Hubertusburg kommenden geschulten Pflegerinnen) und 4 Hausmädchen. — Zurzeit werden 278 schwachsinnige Knaben und 171 Mädchen hier verpflegt.

Mit den allgemeinen Verwaltungsgeschäften, sowie mit der Oberleitung über das Ganze ist der frühere Direktor der Landesanstalt für sittlich gefährdete Kinder in Bräunsdorf in Sachsen, Pastor Müller, mit dem Titel Regierungsrat beauftragt. Ihm sind attachiert ein Geistlicher zur Ausübung der Seelsorge und ein Anstaltsarzt, der zugleich für den Bezirk der Anstalt Physikus ist. Was eine so große kolonieförmig gebaute Anstalt noch weiter für Beamtenpersonal außer dem schon genannten Lehrer- und Pflegerpersonal erfordert, geht aus folgender Zusammenstellung hervor:

1 Betriebsinspektor, 1 Ökonomieinspektor, 7 Expeditionsbeamte, 2 Inventarbeamte, 6 Maschinisten bzw. Hilfsmaschinisten, 1 Hausmeister, 1 Gärtner, 1 Oberpflegerin für Waschhaus und 1 für Küche, 2 Boten und 1 Hausarbeiter. Für Lohn arbeiten außerdem darin: 1 Maschinenschreiberin, 1 Wächter, 1 Hausmaurer, 1 Hausschlosser, 1 Klempner, 1 Zimmermann, 1 Waschmeister, 6 Ausbesser- bzw. Nähfrauen, 8 Küchenmädchen, 8 Waschmädchen, 1 Hausmädchen. In der Verwaltung des Blindenfonds sind außerdem 3 Expeditionsbeamte angestellt.

So vollkommen im allgemeinen die Einrichtungen der Anstalt sind, und so groß die Zahl der Beamten, so wenig ist zurzeit die ärztliche Versorgung ausreichend, wiewohl jetzt auch höheren Ortes zugegeben wird.[1]) Verf. als einziger Arzt hat zurzeit 450 Schwachsinnige im Alter von 5 bis ca. 20 Jahren, 200 Blinde und die in der Anstalt wohnenden Beamten mit ihren Familien, sowie das Personal zu behandeln und die außerhalb der Anstalt wohnenden ihre Familien eingeschlossen im Bedarfsfall wenigstens ärztlich zu beraten. Ihm liegt die Leitung des Krankenhauses mit 70 Betten, von denen in seuchenfreien Zeiten durchschnittlich 25—30 belegt sind, die Abhaltung von Sprechstunden, in denen wegen der bei Schwachsinnigen wie bei Blinden häufig vorkommenden Nasen-, Rachen- und Ohrenleiden skrofulöser Natur eine besondere Vertrautheit mit der einschlagenden spezialärztlichen Technik erforderlich ist, die Untersuchung und Begutachtung aller Neuaufgenommenen, wie der zu Entlassenden ob. Dazu kommt ferner noch die Prüfung sämtlicher Aufnahmegesuche hinsichtlich der körperlichen und geistigen Eignung der zur Aufnahme in die Erziehungsanstalt Beantragten, die Führung der ärztlichen Beobachtungsbogen, der der Medizinalstatistik dienenden Listen und Übersichten, die Führung der Apotheke und ärztlichen Bibliothek, die Ausfertigungen der anstaltsärztlichen Gutachten und Jahresberichte, die Ausführungen der Sektionen, Operationen und ähnlichem und die hygienische Aufsicht der sanitären Verhältnisse in der Anstalt. Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß bei einer solchen Arbeitsmenge, der sich in einer neuen Anstalt noch viele außerordentliche Aufgaben zugesellen, von einer psychiatrischen Mitarbeit an der Erziehung und Beeinflussung Schwachsinniger nur im beschränktesten Grade die Rede sein kann. So muß auch der Passus in dem Referate des Professor WEYGANDT auf dem diesjährigen Psychiatertag in München über die Anstalt

[1]) Demnächst wird ein Hilfsarzt angestellt werden.

Chemnitz, das, was letztere betrifft, sich auf Verf.'s Angaben und Auslassungen bezieht, verstanden werden. Der Satz in dem Referate des Neurologischen Zentralblattes 1906, N. 10, Seite 475: „Wenn auch die ärztliche Arbeit in der Anstalt einen mehr psychiatrischen Charakter tragen möchte“ könnte sonst leicht zu Verf.'s Ungunsten gedeutet werden. Die psychiatrisch neurologische Arbeit kann sich infolge der genannten Gründe zunächst nur auf die Erhebung eines genauen Aufnahmegesuches beschränken, der den Lehrer und das Personal auf die körperlichen und geistigen Unregelmäßigkeiten, soweit sie sich überhaupt bei einer einmaligen Untersuchung fixieren lassen, aufmerksam macht. Es wird vom Verf. mit Rücksicht auf die Kürze der disponiblen Zeit danach gestrebt, den geistigen Befund des Schwachsinnigen möglichst aus der Erhebung des körperlichen, den hierbei dem Prüfling gegebenen Geheißen und einigen einfachen Reaktionsversuchen, die auf dem Prinzip der Einheit des Reizes beruhen und sich an die Methoden von Sommer's Psychopatholischen Untersuchungsmethoden anlehnen, zu erschließen. Ihre Ausführung soll der Gegenstand einer späteren Arbeit werden. Verf. kann sich auf diese Art Befund um so mehr beschränken, als dem Klassenlehrer des Neuzugeführten die Aufgabe zufällt, an der Hand eines Prüfungsschemas eine ausführliche psychische Inventaraufnahme aufzustellen. Die Analyse des Gesamtbefundes, verbunden mit den aus den Zuführungsschriften sich ergebenden Annahmen über die Entstehung des Falles, dient der Klarstellung der Ätiologie. Hierzu muß freilich noch die genaue psychiatrische Erhebung der ätiologischen Faktoren bei den zuführenden Angehörigen oder ihre briefliche Herbeiziehung kommen. Leider muß auch dies aus Mangel an Zeit meist wegfallen. Man hätte diesen Fehler vermeiden können, wenn man Verf.'s Vorschlag, eine Aufnahmeabteilung im Krankenhaus selbst zu errichten, die auch noch manchen sanitären Vorteil gehabt haben würde, angenommen hätte. Doch wurde befürchtet, daß dadurch im Rahmen einer „Erziehungsanstalt“ dem Arzte zuviel Bedeutung zufalle.

Der Psychiater, der sich noch nicht mit jugendlichen Schwachsinnigen beschäftigt hat, besitzt meist eine unrichtige Auffassung von den psychiatrischen Aufgaben eines Arztes an Schwachsinnigenanstalten. Geisteskrankheiten kommen bei diesen Kindern nicht zu häufig vor; Erregungszustände und die begleitende Epilepsie verlaufen viel milder und erfordern selten Mittel, wie sie in Irrenanstalten zur Anwendung kommen. Bei den Psychosen ist es wegen des geringen Erfahrungsinhaltes und der unausgebildeten Individualität des Schwach-

sinnigen oft schwierig, überhaupt eine Diagnose zu stellen; ja selbst die viel sicheren Krankheitsbilder der Neurologie verwischen sich oft bis ins Unkenntliche. Hier hilft oft nur ein psycho-physiologisches Denken und Arbeiten aus der Unklarheit der Erscheinungen heraus. Je mehr genaue psychologische Befunde aufgenommen und miteinander verglichen und von Zeit zu Zeit nachkontrolliert werden können, desto eher werden sich für den Psychiater fruchtbare Einblicke in die Psychopathologie des angeborenen Schwachsinnigen ergeben. Wie es mit der Zeit gelungen ist, morphologische Typen (Mongolismus, Kretinismus, Myxödem) zu finden, so wird man dann auch bestimmte psychologische Typen erkennen. Und da jene morphologische Typen wiederum ziemlich sichere psychologische Kennzeichen haben, so wird man bei psychologischen Typen auch auf bestimmte morphologische Kennzeichen aufmerksam werden, die man zurzeit noch Bedenken trägt, als für einen Typ bestimmend anzuerkennen.

Eine sichere Diagnostik wird dem Psychiater dann auch Therapeutika und Prophylaktika im Sinne sozialer Hygiene an die Hand gehen, mit denen er nicht nur den einzelnen, sondern der Gesamtheit des Volkes dienen kann. Ähnliches gilt natürlich auch von der Ursachenlehre auf dem Gebiete der Blindheit. Doch kommen hier mehr ophthalmologische und neurologische Gesichtspunkte in Betracht. — Jenen höheren Aufgaben stehen die nächstliegenden praktischen gegenüber. Der Arzt an einer Schwachsinnigenanstalt, selbst wenn sie nur bildungsfähige Schwachsinnige aufnimmt, muß nicht nur ungehinderten Zutritt zu allen Werkstätten- und Wohnhäusern, sondern auch zu den Schulstunden haben. Er kann sich kein Urteil über den einzelnen bilden, wenn er ihn nur bei Gelegenheit der Aufnahmeuntersuchungen oder irgend eines körperlichen Übels in der Sprechstunde sieht. Er muß bei allen Vorkommnissen, besonders aber wenn es sich darum handelt den Schwachsinnigen in eine Klasse einzureihen, einer Arbeiterabteilung zuzuteilen, oder ihn zu entlassen oder zu versetzen mit raten und taten; ebenso bei der Aufstellung der Stunden- und Lehrpläne für die Schule, in der es außerordentlich wichtig ist, daß, wie schon kurz erwähnt, der Lernstoff ein praktischer, den Geist- und Körperverhältnissen wie der Zukunft des Schwachsinnigen angepaßter ist. Eine Beeinträchtigung des pädagogischen Machtfaktors kann Verf. darin nicht erblicken, ebensowenig wie darin, daß medizinische Anregungen auf dem Gebiete der Volksgesundheit, bevor sie in die Praxis umgesetzt werden, von den öffentlichen Verwaltungsorganen beraten und eventuell in geeigneter Weise modifiziert werden müssen, eine Be-

vormundung der mit der Förderung der Gesundheitslehre beauftragten oder sich beschäftigenden Körperschaften liegt.

Am besten wäre es, der Arzt gäbe, ebenso wie der Pädagog, einige Stunden, und zwar besonders in den schwierigsten niedersten Klassen. Psychiatrie und Psychologie am Schwachsinnigen könnte gerade hier am besten studiert werden. Daß dabei dem Arzte, der natürlich pädagogisches Geschick besitzen muß, physio- und psychopathologische Kenntnisse mehr nützen würden als dem Lehrer, die auf dem Seminar erworbenen pädagogischen, zumal er nicht besonders auf dies Gebiet vorbereitet wird, ist ohne weiteres dem klar, der das Material dieser Klassen kennt. Viele Ärzte würden dann auch besser die Schwierigkeiten der Materie, deren Behandlung durch die Lehrer vielfach verkannt wird, erfassen. Endlich würde der Arzt auch pathologisch, anatomisch und photographisch zu arbeiten haben, um den Aufnahme-, Sektions- und Entlassungsbefund auch in dieser Hinsicht zu vervollständigen. Er würde zugleich mit dem leitenden Pädagogen auch die berufene Persönlichkeit sein, die entlassenen Schwachsinnigen zu besuchen; kann er ihn doch dann, wenn er seinen Gang durch die Anstalt verfolgt hat, nicht nur psychisch, sondern auch physisch am besten beurteilen. Daß die in der Entlassenenfürsorge gemachten Erfahrungen ganz besonders dazu angetan sind, den Geist der Anstalt und ihre Erziehungsgrundsätze in einer für das Leben möglichst praktischen Weise auszugestalten, ist schon vorher erwähnt.

Die Königlich Sächsische Staatsregierung, die von jeher ein offenes Auge und eine offene Hand für Zwecke der Erziehung gehabt hat, die schon 1824 eine staatliche Anstalt für sittlich gefährdete Kinder errichtete, 1830 die Blinden-, 1846 die Schwachsinnigenfürsorge übernommen hat, im Gegensatz zu anderen deutschen Bundesländern, die auf diesem Gebiete immer der Privatmildtätigkeit den Vortritt überlassen haben, hat in der neuen Anstalt für Blinde und Schwachsinnige etwas ganz Hervorragendes geschaffen, was auch Prof. Weygandt, der durch seine persönliche Orientiertheit über die Schwachsinnigenanstalten Deutschlands, Frankreichs und Englands bekannt ist, anerkannt hat. — Daß einzelne Einrichtungen derselben noch vervollkommnet werden müssen, kann bei einer so großen Veranstaltung, die sich erst einleben und einarbeiten muß, nicht wundernehmen.

Was nun die Zusammenlegung von Blinden und Schwachsinnigen in einer Anstalt betrifft, so sind bei dem Hervortreten des Gedankens manche Bedenken geäußert worden. Blinden- und

Schwachsinnigenanstalt haben, wie im Vorangegangenen gezeigt, gleiche Aufgabe und gleiche Ziele. Beide wollen Individuen, die durch Unfall, Krankheit oder mangelhafte Geistes- und Körperentwicklung im Wettbewerb des Lebens benachteiligt sind, durch eigene und einander sehr ähnliche Methoden, diejenige Rüstung verschaffen, die ihnen solchen Kampf erleichtert. Dennoch wird man dort, wo es nicht die Umstände dringend gebieten, lieber von einer ähnlichen Verquickung solcher Bildungsanstalten mit Rücksicht auf die Verschiedenartigkeit der Blinden von den Schwachsinnigen absehen. Wird doch auch von Autoritäten auf dem Gebiete des Blinden- und Taubstummenwesens vor einer Vereinigung dieser Anstalten, die schließlich noch mehr Gemeinsames haben, gewarnt. Ein endgültiges Urteil will Verf. aber nach erst einjährigem Bestehen der Anstalt nicht fällen, zumal ja die beiden Abteilungen hier fast völlig getrennt sind, und sich auch bisher ein übler Einfluß der beiden Gruppen aufeinander nicht bemerklich gemacht hat. Daß die blinden Kinder unter sich einmal über die Schwachsinnigen spötteln, mag vorkommen. Selbst wenn der Schwachsinnige aber dabei wäre, würde er den Spott selten verstehen oder sich sehr zu Herzen nehmen. Jedenfalls muß bei den Blinden immer einmal im Unterricht Gelegenheit genommen werden, die Schwachsinnigen ihrem Mitleid und ihrem Schutze zu empfehlen, und dort, wo Überhebung vorgekommen ist, sie ernstlich zu rügen.

Wie für Geisteskranke, so empfiehlt sich auch für Blinde koloniale Anlegung der Anstalten, wenn einmal mehrere Anstalten eines Landes oder einer Provinz zusammengelegt werden müssen, weil innerhalb der Anstalt die Schulkinder von den der Schule Entwachsenen und diese wieder von den Späterblindeten räumlich gut geschieden sein möchten. Letztere üben zuweilen — je nach ihren Lebenserfahrungen — einen ungünstigen Einfluß auf die jüngeren Elemente aus. Gerade die lokale Trennung dieser verschiedenen Gruppen in die früheren Anstalten Dresden, Moritzburg und Königswarthe ist von dem verstorbenen Direktor dieser drei Anstalten als ein Vorzug der sächsischen Einrichtungen gekennzeichnet worden. Bei der Vereinigung der Blinden und Schwachsinnigen in einer Anstalt mußte dann natürlich auch für die letzteren das koloniale System beibehalten werden; das ist hygienisch ein Vorteil; denn neun Wohngebäude bieten gesündere Unterkunft wie etwa ein großes für Mädchen und ein noch größeres für Knaben. Aber für unbedingt nötig würde Verf. das koloniale System für Schwachsinnige nicht halten. Auch England und Amerika hat seine

neueren Anstalten mehr en bloc gebaut. Der Bau wie der Betrieb wird dadurch wesentlich verbilligt; und das kommt bei zunächst unproduktiven Einrichtungen, wenigstens bei kleineren und ärmeren Ländern doch sehr in Betracht. Selbstverständlich müssen neben den Wohnhäusern Werkstätten-, Schul- und Wirtschaftsgebäude Krankenhaus, Isolierbaracke und wo Blöde verpflegt werden, auch ein besonderes, etwas abseits gelegenes Verpflegtenhaus gebaut werden.

Wenn die Wahl des Bauplatzes nicht von vornherein eine begrenzte ist, wähle man ein mildes Klima in einer von Wind geschützten Lage auf sandigem Grunde. Die Heizung, die Reinhaltung der Wege und der Gebäude, sowie der Bau der Anstalt wird dadurch billiger. Ist für eine Blindenanstalt die Nähe der großen Stadt wegen des Besuchs von Theater und Konzerten sehr wesentlich, so ist für die Schwachsinnigenanstalt mehr eine solche Lage erwünscht, die das Umfassen derselben durch Ansiedlungen, besonders aber durch die sich reckenden Glieder einer Großstadt verhindert. Nach allen Seiten muß reichliche Gelegenheit zu Spaziergängen in Feld und Wald vorhanden sein; doch darf auch der Zugang zur Bahn, wie die Zufuhr von Lebensmitteln nicht zu weit und zu unbequem sein. Daher empfiehlt sich am meisten die Lage in der Nähe einer kleineren oder mittleren Stadt, sofern dieselbe nicht vorwiegend industrielle Interessen hat. Sehr wichtig ist die Sorge für Wohnungsunterkommen der verheirateten Wärter oder Pfleger; sie müssen nahe der Anstalt, womöglich in der Anstalt wohnen, damit ihre Freizeiten nicht durch weite Wege gekürzt werden. Die Gefahr, daß sie mit ihren meist starken Familien in Mietskasernen der Großstädte eingepfercht seelisch und körperlich, vor allem auch ethisch ungünstig beeinflußt werden, liegt nahe und trägt nicht zur Gesundheit des Anstaltskörpers bei. Der Geist der sächsischen Pfleger- und Pflegerinnenschaft, die durch besondere Pflegerhauseinrichtungen für fast sämtliche sächsische Irren- und Erziehungsanstalten vorgebildet und ausgesiebt wird, ist im allgemeinen ein vorzüglicher, und es muß eigentlich wundernehmen, daß andere Bundesstaaten oder Provinzen diese Einrichtungen sich noch nicht zu eigen gemacht haben. — In solchen Anstalten, in denen man die Verpflegten nicht bei Erfüllung des Anstaltszweckes oder bei Erreichung eines bestimmten Lebensalters entläßt, wie man es hier stets tut, würden Pflegeransiedlungen in der Nähe der Anstalt auch Gelegenheit zur Familienpflege von Schwachsinnigen, die aus irgend einem Grunde nicht entlassen werden können, bieten. Damit würde aber nicht nur dem Haushalt des Pflegers gedient

sein, dem dadurch ein erwünschter finanzieller Zuschuß erwüchse, sondern auch der Anstalt, dem der einzelne viel mehr zu verpflegen kostet, bzw. dem Staate. Denn es würde dadurch einem immer weiteren Raumerfordernis der Anstalt vorgebeugt, und auch die Einheitlichkeit derselben mehr gewahrt. Vielfach verwahrt man in deutschen Idiotenanstalten Kinder und Erwachsene jeden Alters, vom tiefsten Idioten bis zum leichten Schwachsinnigen, vom verblödeten alten Epileptiker bis zum leicht epileptischen Kind. Hier sollte mit der Zeit mehr eine reinliche Scheidung stattfinden. In hiesiger Anstalt hat man auf die Blödenpflege als etwas der Erziehungsanstalt Fremdartiges verzichtet. Daß, wie in der Diskussion von Verf.'s Vortrag „Die Stellung des Psychiaters in der Schwachsinnigenfürsorge“ auf dem Dresdener Psychiatertag 1905 gesagt wurde, die Trennung von Idioten-, Erziehungs- und Pflegeanstalten nicht erwünscht und nicht durchführbar wäre, kann Verf. auch jetzt noch nicht finden. Erstens läßt sich durch behördliche Bestimmung und Mitwirkung des Arztes an der Erziehungsanstalt die Abgabe der bildungsfähigen Elemente an die Pflegeanstalt stets erreichen; zweitens aber wird auch der Pädagog die störenden pflegebedürftigen erziehungsunfähigen Kinder, schon um den Charakter der Erziehungsanstalt zu wahren, immer nur gern abgeben, und drittens ist die Trennung in zweierlei Hinsicht erwünscht a) im Hinblick auf das Publikum, das nur zu leicht geneigt ist, eine Anstalt, die eine größere Blödenabteilung enthält, als Blödenanstalt anzusehen und nun mehr Bedenken trägt schwachsinnige Kinder in diese Anstalt zu geben, b) mit Rücksicht auf das Personal der Anstalt, das in seinem Eifer jeden Verpflegten als ein der erziehlichen Beeinflussung zugängliches Individuum zu betrachten, viel eher nachlassen wird, wenn es merkt, daß auch seine Vorgesetzten dasselbe als völlig blöd ansehen.

Damit nun auch das letzte Glied in der Schwachsinnigenfürsorge, nämlich die Idiotenpflegeanstalt nicht fehlt, hat die sächsische Staatsregierung in der früheren Schwachsinnigenanstalt Großhennersdorf eine Pflegeabteilung einzurichten beschlossen. Ihr gliedert sich ganz naturgemäß die Kolonie für solche der Erziehungsanstalt entwachsene Schwachsinnige an, die zwar dort erziehlich gehoben worden sind, aber wegen ihres Alters nicht mehr in die Erziehungsanstalt passen und für das Leben in der Freiheit oder bei ihren Angehörigen aus dem oder jenem Grunde nicht mehr geeignet sind. Ihre Einrichtung, die sich mit Rücksicht auf die vorhandenen spärlichen Baarmittel noch in kleinen Grenzen hält, sowie ihr sozialer Wert überhaupt,

ist schon am Schluß der früheren Artikel berührt worden. Für diese Kolonien, die aus disziplinellen Gründen der Familienpflege noch vorzuziehen sind, gilt es die Privatwohltätigkeit im erhöhteren Maße, als es bisher geschehen, zu interessieren. Denn für die in diesen Kolonien Unterzubringenden hat der Staat völlig seine Schuldigkeit getan und darf nicht mehr mit Ausgaben für sie, womöglich ihr Lebenlang, belastet werden. Dagegen muß die menschliche Gesellschaft das Interesse haben, daß diese zwar meist harmlosen, aber doch ihre Angehörigen im Erwerbsleben hindernden, bei mangelhafter Aufsicht eventuell gefährlich werdenden Elemente isoliert gehalten werden, und zwar in einer ihre Eigenarten berücksichtigenden Umgebung, in der sie durch geeignete Verwendung ihrer kleinen Teilkraft zu ihren Unterbringungskosten in bescheidenem Maße beitragen können. Armenhäuser und Bezirkssiechenanstalten, wohin sie oft faute de mieux abgegeben werden müssen, sind für sie ebensowenig wie für harmlose chronische Geisteskranke geeignete Aufenthaltsorte.

Bericht

über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin vom 1. bis 4. Oktober 1906.

Von **F. Tuczek**-Marburg.

Der Kongreß tagte in den Räumen der Kgl. Friedrich-Wilhelm-Universität unter dem Vorsitz der Männer, von denen er geplant und vorbereitet war: Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Münch-Berlin, Direktor des Erziehungsheims auf der Sophienhöhe bei Jena, J. Trüper, Dr. Ament-Würzburg.

„Es darf erhofft werden“ — hieß es in der Einladung — „daß an den Verhandlungen des Kongresses nicht bloß Vertreter der Wissenschaft, berufsmäßige Jugenderzieher, Lehrer aller Arten von Schulen, Freunde sozialer Vervollkommnung, sondern auch gebildete Eltern in weitem Umfange Interesse nehmen.“ Dieser Erwartung entsprach der Besuch des Kongresses vollauf; es hatten sich über 600 Gebildete aller Berufsarten, darunter $^1/_3$ Damen, zusammengefunden, um an der gemeinsamen Arbeit von Pädagogen, Psychologen, Ärzten, Juristen, auf dem Gebiet der Kinderforschung und Jugendfürsorge teilzunehmen. Und tüchtig ist gearbeitet worden in voller Verwendung der gesamten verfügbaren Zeit für die Verhandlungen. Die Fülle und Mannigfaltigkeit des Materials machte — neben den Vorträgen für den Gesamtkongreß — die Behandlung in parallel tagenden Sektionen notwendig; der Bericht Eines Referenten kann daher nur ein sehr unvollständiger sein.

Folgende Vorträge wurden in den allgemeinen Sitzungen gehalten:

Prof. Dr. Baginsky (Berlin): „Die Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluß des Milieu“.

Prof. Dr. Meumann (Königsberg): „Die wissenschaftliche Untersuchung der Begabungsunterschiede der Kinder und ihre praktische Bedeutung“.

Mittelschulrektor Ufer (Elberfeld): „Über das Verhältnis von Kinderforschung und Pädagogik“.

Dr. phil. W. Ament (Würzburg): „Eine erste Blütezeit der Kinderseelenkunde um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert“.

Geh. Admiralitätsrat Dr. Felisch (Berlin): „Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend“.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heubner (Berlin): „Das Vorkommen der Idiotie in der Praxis des Kinderarztes“.

Dr. med. Sonnenberger (Worms): „Die geschichtliche Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Ferienkolonie und verwandter Bestrebungen“.

Prof. Dr. E. Martinak (Graz): „Wesen und Aufgabe einer Schülerkunde“.

Landgerichtsrat Kulemann (Bremen): „Die forensische Behandlung der Jugendlichen“.

Pastor D. Hennig (Rauhes Haus, Hamburg): „Freiwilliger Liebesdienst und staatliche Ordnung in der Arbeit der gefährdeten Jugend; ein Rückblick und Ausblick“.

In den Sektionen wurden folgende Themen verhandelt:

A. Anthropologisch-psychologische Sektion.

Dr. William Stern, Privatdozent (Berlin): „Grundfragen der Psychogenesis“.

Dr. med. W. Fürstenheim (Berlin): „Über Reaktionszeit im Kindesalter“.

Dr. med. K. L. Schaefer, Privatdozent (Berlin): „Farbenbeobachtungen bei Kindern“.

Dr. Elsenhaus, Privatdozent (Heidelberg): „Die Anlagen des Kindes“.

Direktor Dr. Th. Heller (Wien): „Über psychasthenische Kinder“.

Direktor Dr. F. Kemsies (Weißensee): „Zur Frage der Kinderlügen“.

B. Psychologisch-pädagogische Sektion.

Fräulein Hanna Mecke (Kassel): „Fröbel’sche Pädagogik und Kinderforschung“.

Dr. A. Engelsperger und Dr. O. Ziegler (München): „Beiträge zur Kenntnis der physischen und psychischen Natur der sechsjährigen, in die Schule eintretenden Münchener Kinder“.

Hilfsschuldirektor J. Delitsch (Plauen i. V.): „Über die individuellen Hemmungen der Aufmerksamkeit im Schulalter“.

Dr. Friedr. Schmidt (Würzburg): „Haus- und Prüfungsaufsatz. Experimentelle Studie“.

Direktor Archenhold (Sternwarte Treptow): „Die Bedeutung des Unterrichts im Freien in Mathematik und Naturwissenschaft“.

Institutslehrer LANDMANN (Jena): „Über die Möglichkeit der Beeinflussung abnormer Ideenassoziation durch Erziehung und Unterricht“.

Seminardirektor Dr. PABST (Leipzig): „Die psychologische und pädagogische Bedeutung des praktischen Unterrichts“.

Dr. H. SCHMIDKUNZ (Halensee): „Die oberen Stufen des Jugendalters“.

Lehrer W. DIX, höhere Bürgerschule (Meißen): „Über hysterische Epidemien in deutschen Schulen“.

C. Philantropisch-soziale Sektion.

Redakteur und Lehrer F. WEIGL (München): „Bildungsanstalten des Staates, der Provinzen bzw. Kreise und der Kommunen für Schwachsinnige im Deutschen Reiche“.

Dr. HERMANN GUTZMANN, Privatdozent (Berlin): „Die soziale Fürsorge für sprachgestörte Kinder“.

Kgl. Taubstummenlehrer G. RIEMANN (Berlin): „Über taubstumme Blinde“. Mit Vorführung.

Lehrer FRIEDR. LORENTZ (Weißensee): „Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung“.

Dr. BERNHARD, Schularzt (Berlin): „Über den Schlaf der Berliner Gemeindeschüler“.

Erziehungsdirektor Pastor PLASS (Zehlendorf): „Über Arbeitserziehung“.

Schriftsteller A. DAMASCHKE (Berlin): „Wohnungsnot und Kinderelend“.

Dr. v. ROHDEN, Gefängnisgeistlicher (Düsseldorf-Derendorf): „Jugendliche Verbrecher“.

Es hat wohl kaum ein Teilnehmer den Kongreß verlassen, ohne reichliche Anregung empfangen zu haben, aber auch nicht ohne das lebhafte Bedauern, daß über der Reichhaltigkeit und Fülle des Gebotenen die Diskussion arg zu kurz gekommen ist. Und doch war gar mancher Vortrag gerade dazu angetan, die Unterlage und Anregung zu lebhaftem und förderndem Meinungsaustausch zu geben. Vielleicht war es nicht nur Zufall, daß von dem Mißgeschick, ohne Diskussion verklingen zu müssen, gerade diejenigen Vorträge — selbst der von Prof. HEUBNER, einem der wenigen in einer allgemeinen Sitzung vortragenden Ärzte — betroffen wurden, zu denen der Arzt manches zu sagen gehabt hätte. An Ärzten fehlte es keineswegs in der Versammlung, wenn auch leider an Psychiatern

— vielleicht weil in ihren Kreisen die Einladung zu dem Kongreß keine genügende Verbreitung gefunden hatte. Jedenfalls war die Klage aus ärztlichem Munde sehr berechtigt, daß man sich nicht gerade sehr bemüht habe, den Ärzten die Zunge zu lösen. Ob freilich in allen Fällen eine Diskussion als Mittel zu besserer gegenseitiger Verständigung klärend gewirkt haben würde, muß bei der Verschiedenartigkeit des Bildungsganges und der gewohnten Denkkreise der Kongreßteilnehmer zweifelhaft bleiben.

In erfreulicher Weise klang durch die Gesamtheit der Verhandlungen als Grundton die Übereinstimmung der Meinungen darin durch, daß die Aufdeckung und Weiterentwicklung der Individualität die Grundlage jeder erzieherischen Einwirkung auf das Kind sein müsse, und, daß das krankhaft veranlagte Kind heilerzieherischer Behandlung bedürfe.

Dabei machte sich aber, schon im Anschluß an den Meumannschen Vortrag, bald ein Gegensatz unter den Pädagogen bemerkbar derart, daß ein Teil — besonders die Jüngeren und Vorgeschritteneren — sich sehr für die Experimentalpsychologie erwärmte, während ein anderer Teil — „die Alten“ mehr „Pädagogen“ bleiben wollten, da doch auch die bloßen „exakten Beobachtungen“ sehr Wesentliches leisten könnten, und es nicht nötig sei, sich auf Experimente zu verlassen. Gegen diese Richtung wendete sich in ebenso liebenswürdiger wie unumwundener Weise der Leipziger Psychologe Dr. Brahn, indem er ihr vorhielt, daß es eine wissenschaftliche Pädagogik erst seit etwa 10 Jahren gebe und, daß diese im wesentlichen von der Medizin inauguriert sei.

Es spielt in diese Meinungsverschiedenheiten ein ähnlicher Gegensatz hinein, wie er zwischen den Ärzten einerseits und den Pädagogen und Theologen andererseits auch heute noch nicht ganz überwunden ist. Die Experimentalpsychologie nähert sich für den Pädagogen alter Observanz zu sehr der exakten naturwissenschaftlichen Forschung und Methode.

Ein ähnlicher Gegensatz trat auf dem Gebiete der Fürsorge für die neuropathische und geistig abnorme Jugend zutage. Zweifellos haben die Ärzte auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Erforschung und Behandlung der psychopathischen Kinder und des jugendlichen Schwachsinns noch viel zu lernen. Verdankt doch der Einsicht in die Notwendigkeit der Mehrung des ärztlichen Wissens und Könnens auf diesem Gebiete diese Zeitschrift ihre Entstehung. Andererseits zeigt die neuere Literatur, das moderne Anstaltswesen und die Beobachtung auf Kongressen, wie sehr sich heute die Päda-

gogen die Erkennung und pädagogische Berücksichtigung krankhafter Veranlagung angelegen sein lassen.

Diese und ähnliche Erscheinungen lassen aber auch die Neigung mancher Pädagogen erkennen, die gewonnene Einsicht zu selbständiger Beurteilung und Behandlung solcher pathologischen Zustände für ausreichend zu erachten und dementsprechend zu verwerten, sogar zu lehren, während doch ihrer ganzen Vorbildung nach sie wohl befähigt sind, medizinische Tatsachen zu registrieren, nicht aber, sie in all ihren Zusammenhängen entwickeln zu können. Für diese — in ihren Konsequenzen für die Organisation der Fürsorge für abnorme Kinder sehr bedenkliche — Neigung ist es bezeichnend, daß auf dem Kongreß Lehrer medizinische Themen behandelten, und daß die für die Kongreßteilnehmer aufliegende Nr. 1 der von Lehrern herausgegebenen „Heilpädagogischen Umschau“ (s. die Anzeige des Herausgebers dieser Zeitschrift in vorliegender Nummer) Lehrer über Arbeiten medizinischen Inhalts berichten.

So dankenswert es ist, wenn der Blick der an Erziehungsanstalten wirkenden Pädagogen für die abnormen Erscheinungen des kindlichen Seelenlebens durch Vermittlung populär-psychiatrischer Kenntnisse geschärft wird, so verderblich würden derartige Kurse und Vorträge wirken, wenn sie die Lernenden verleiten würden, im gegebenen Fall selbst Diagnosen und Prognosen zu stellen und die Therapie selbst in die Hand zu nehmen.

In dieses Kapitel gehört auch die Frage der Leitung der Idiotenanstalten, in welchen Psychiater Krankenanstalten, viele Pädagogen in erster Linie Erziehungsanstalten erblicken. Diese Frage wurde, im Anschluß an den Vortrag Weigl's, von einem den ärztlichen Standpunkt vertretenden Lehrer, Herrn Frauendienst, angeschnitten. Die daran sich schließende Diskussion zeitigte seltsame Blüten sowohl nach Inhalt der Vorschläge wie nach Form ihrer Vertretung. Sie bestätigte wieder einmal, daß eine Verständigung vorläufig nicht zu erzielen ist; und daß dem Psychiater der Versuch, in einem Kreise von pädagogischen Leitern von solchen Anstalten die Konsequenzen aus der Tatsache, daß Idioten Gehirnkranke sind, zur Anerkennung zu bringen, nicht möglich ist, ohne den Anschein der Offensive oder der Defensive zu erwecken.

Von den gehaltenen Vorträgen hat die vorige Nummer dieser Zeitschrift den von Kulemann bereits gebracht; die von Heubner, Claparède, Lorentz, findet der Leser in diesem Heft, ebenso einen Eigenbericht über den Vortrag von Pabst. Ref. berichtet im folgenden über einige der Vorträge, die er selbst anhören konnte.

Vortrag des Herrn BAGINSKY: „Die Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluß des Milieu“.

In der Beeinflußbarkeit des Bildes ein und derselben Krankheit durch individuelle Züge, sowie des Krankheitsbildes durch den Wechsel des Milieu bei ein und demselben Individuum besitzen wir nicht nur ein Merkmal der großen Impressionabilität des Kindes, sondern auch ein prognostisches Hilfsmittel, da nur leichtere Krankheiten jenes Merkmal aufweisen. An einer Anzahl von Beispielen, die der Praxis bei hysterischen Kindern entnommen sind, demonstriert der Vortragende die Beeinflussung des Krankheitsbildes, aber auch der Heilung und des gesamten psychischen Habitus unter Veränderung des Milieu. Es spielen dabei folgende Faktoren mit:

1. Die feste Verquickung körperlicher Vorgänge mit psychischen;
2. Lockerheit der Assoziationen; daher leichte Beeinflussung und leichte Lösung der Assoziationen durch neue Wahrnehmungen und Erscheinungen;
3. der mächtige Einfluß von Trieben, vor allem des Nachahmungstriebes;
4. Die Fantasietätigkeit, die Vorstellungen als Wirklichkeit einschätzt und so eine Quelle von Illusionen, aber auch von Lügen, wird.

Hieraus ergeben sich für die Pädagogik praktische Lehren, aber auch wichtige Konsequenzen für die Kinderaussagen. „Kinderaussagen vor Gericht sind um so wertloser je öfter sie sie zu wiederholen haben“ („inkrustierte fehlerhafte Assoziationen“). Ein schwedisches Gesetz lautet: „Als Zeuge darf nicht vernommen werden, wer nicht 15 Jahre alt ist.“

Vortrag des Herrn MEUMANN: „Die wissenschaftliche Untersuchung der Begabungsunterschiede des Kindes und ihre praktische Bedeutung“.

Die Analyse der kindlichen Begabung durch das psychologische Experiment ist von grundsätzlicher Bedeutung für die Entscheidung der Frage, wieweit sich Mängel der Begabung durch Übung ausgleichen lassen, und wieweit sich individuelle Unterschiede der Begabung ausgleichen lassen. Weiter erhebt sich die Frage, inwieweit der letztbezeichnete Unterschied vom pädagogischen Gesichtspunkt wünschenswert ist oder vielmehr, ob sich der Pädagoge bemühen soll, die individuellen Begabungsdifferenzen zu erkennen, wissenschaftlich festzustellen, bestehen zu lassen und durch individualisierenden Unterricht die individuelle Begabung auszunützen. Hier stehen sich die individualisierende und die nivellierende Taktik gegenüber.

Die Schulbegabung ist nicht gleichbedeutend mit der Begabung überhaupt: in der Schule pflegt eine allseitige Betrachtung der psychischen Fähigkeiten zu fehlen; manche fundamentale Seite der psychischen Tätigkeit kommt in der Schule gar nicht zur Ausbildung. Es decken sich deshalb auch nicht Begabung einerseits, Leistung und Fortkommen andererseits.

Bei der Organisation der Schulen — Klassen für hervorragend Begabte, für mittelmäßig und für minder Begabte —, besonders der Hilfsschulen und -klassen, muß die wissenschaftliche Begabungslehre mitsprechen.

Die Frage, inwieweit sich Mängel der Begabung durch Übung ausgleichen lassen, ist abhängig von dem Ergebnis der experimentell-psychologischen Analyse. Es wird dies an einem Beispiel, dem Mangel der zeichnerischen Begabung, durchgeführt. Bei dieser konkurrieren:

a) Das ungenaue Sehen, ungenaue Auffassung der Form;
b) Ungenauigkeit der visuellen Erinnerung; schnelles Verblassen derselben;
c) mangelhafte Fähigkeit der Zuordnung der zeichnenden Begabung zu den visuellen Bildern;
d) motorische Ungeschicklichkeit;
e) Fehlen der Fähigkeit, die Projektion des Dreidimensionalen auf die Ebene sich vorstellig zu machen;
f) Kombination der einzelnen möglichen Ursachen.

Jedes einzelne Problem erfordert zu seiner wissenschaftlichen Erforschung besonderer Methoden, deren Ausarbeitung bis zu einem hohen Grad von Exaktheit gelungen ist.

Ohne angeborene Momente können wir bei der Analyse der Begabung nicht auskommen; hier haben wir es mit psychischer und physischer Disposition zu tun: das Wesen der psychischen Disposition (ein „dauerndes, ruhendes, konstanstes Wesen der psychischen Tätigkeit") können wir mit empirischen Mitteln nicht erforschen. Wir können versuchen, es vom Übungs- und Erziehungsmoment zu trennen. Die praktische Übung des täglichen Lebens stellt als Hauptkennzeichen zur Scheidung vom angeborenen und Übungsmoment das Verhältnis von Übung und Leistung auf; wer für die gleiche Leistung der geringsten Übung bedarf, hat die größte Anlage, ist der „Begabteste" für die betreffende Tätigkeit. Oder man sucht die Richtung der einseitigen Anlage an der absoluten Leistung, gemessen am Durchschnitt, festzustellen. In Betracht kommt ferner das spontane triebartige Hervortreten von Tätigkeiten (zeichnerische, musikalische, rechnerische usw.) beim Menschen.

Zu den streng wissenschaftlichen Methoden bilden andere wertvolle Ergänzungen: Sammlung von biographischen Notizen; die reine Beobachtung (z. B. durch Klassenlehrer); die Aufstellung von Fragebogen, von Enqueten über Begabung in ganzen Familien, über das Vererbungsmoment u. a. m.

Vortrag des Herrn UFER: „Über das Verhältnis von Kinderforschung und Pädagogik".

UFER sieht in der experimentell-psychologischen Forschung vielfach nur eine wissenschaftliche Bestätigung von Erfahrungstatsachen, die längst in der Pädagogik praktisch geübt werden. Als besonders wichtige Probleme der psychologischen Forschung bezeichnet er die folgenden:

Gleichmäßige oder sprungweise Fortentwickung des kindlichen Geistes?

Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit fortwährend mit den Jahren oder Stehenbleiben und Rückgang in gewissen Perioden?

Unterschiedliche Beanlagung und Befähigung; Unterschied der Geschlechter.

Als bemerkenswerten Fortschritt bezeichnet der Vortragende die Einsicht in die Notwendigkeit, daß den angehenden Lehrern auch für psychopathische Dinge der Blick geschärft werde. „Je mehr die Erkenntnis psychopathischer Erscheinungen des Kindes sich ausbreitet, um so richtiger wird man manche Dinge erkennen lernen, die heute nicht selten verkannt werden“; „pathologisch veranlagte Kinder bedürfen besonders vorsichtiger Behandlung durch psychiatrisch gebildete Schullehrer“.

Vortrag des Herrn Felisch: „Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend“.

Ein besonderes Schutzbedürfnis liegt für die schulentlassene Jugend, soweit sie erwerbstätig ist, während der 4 nächsten Jahre nach dem Schulentlassungstermin vor.

Die Umbildung der Gesellschaftsstände, die vor einem Jahrhundert begonnen hat, hat sich noch nicht ganz befestigt.

Die Auflösung der alten patriarchalischen Verhältnisse, das Hinausschleudern der erwerbstätigen jungen Leute aus der Familie; die Vermehrung der Zahl der Versuchungen; das Versagen der alten Erziehungsfaktoren, des festen Haltes einer religiösen Weltanschauung auf der einen Seite — noch kein neues in der bürgerlichen Gesellschaft beruhendes sicheres Fundament auf der anderen Seite.

Feststeht, daß die Erziehung mit der Schule nicht beendet sein soll; es muß sich an die Schule anschließen die weitere Erziehung durch die bürgerliche Gesellschaft selbst. Jede Erziehung, besonders bei der schulentlassenen Jugend, muß auf Freiheit gegründet sein; der Altruismus soll den Egoismus auf sein natürliches Maß zurückführen. Beide müssen in der wahren Sittlichkeit vereinigt sein. Aufgabe des Staates ist es, durch den Zwang des Einzelnen sich in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen, einen Ausgleich der Gegensätze herbeizuführen. Zwischen Staat und bürgerlicher Gesellschaft besteht nicht ein Gegensatz, sondern sie müssen zusammengefaßt werden zu großen Einheiten und gemeinsamen Aufgaben.

Die Wohlfahrtspflege ist ein sittlicher Zwang; aus der Pflicht zur sozialen Arbeit will die Aufgabe auch auf dem Gebiet der Fürsorge für die schulentlassene Jugend verstanden sein. Ausschlaggebend ist das große Gesetz der Entwicklung. Hier ergeben sich folgende Probleme:

1. Abgrenzung zwischen Staat und Kirche.

Der Staat hat die Macht und den Zwang, die Kirche, den Glauben und die Fähigkeit, durch den Glauben ganz besonders begeisterte Helfer zu finden. Beide sollen unterstützt werden durch die freie Tätigkeit der bürgerlichen Gesellschaft. Deshalb kann sich die Fürsorge nur aufbauen auf dem Grundsatz der Interkonfessionalität. Deshalb gibt es hier keine Grenzen nach Parteien und Beruf; sondern es ergeht der Aufruf an jedermann, der imstande ist, für einen anderen zu sorgen, eingeschlossen Lehrer und Lehrerinnen, Dienstherren und Arbeitgeber, Frauen.

2. Umfang der Fürsorgetätigkeit.

Sie erstreckt sich auf das sittliche, das geistige, das leibliche, das wirtschaftliche Wohl, einschließlich der rechtlichen Fürsorge (Jugendgerichte!). Das Arbeitsfeld umfaßt daher alle die Erscheinungen, welche gegenüber dem sittlichen, leiblichen, geistigen, wirtschaftlichen Wohl schädigend wirken. Bekämpfung der sittlichen und körperlichen Schädigung durch gewisse Berufe, jeder Vernachlässigung der Fortbildung, all der wirtschaftlichen Erscheinungen, welche das Leben gerade der Jugend ungünstig gestalten. Es sollen nicht nur die Schädigungen beseitigt, sondern es soll Gutes an deren Stelle gesetzt werden. Die Behandlung muß eine individualisierende sein: anders für die Waisen, sonstigen Verlassenen, Verführten, die mit körperlichen oder geistigen Schäden Behafteten, die Stotterer, Tauben, Stummen, Blinden, geistig Schwachen, geistig Minderwertigen, die umherstreifende Jugend, die Gefährdeten, Verwahrlosten, die Verbrecher. Daraus ergibt sich die verschiedene Gestaltung der Fürsorge.

3. Art der Fürsorge.

Nicht zu empfehlen, sondern zu verwerfen, weil zu sehr der Almosenspende sich nähernd, ist das Patronagesystem. Das beste ist immer zu helfen durch Rat und persönliche Unterstützung. Eine gewisse finanzielle Unterstützung ist indessen unentbehrlich, aber nur unter der Gestalt der Zweckspende, am Besten durch Erfüllung des Zweckes selbst. Dies geschieht am besten durch Ausbau des Pflegersystems; vorbildlich ist hier der „freiwillige Erziehungsbeirat für schulentlassene Waisen", der größte interkonfessionelle Erziehungsverein in Deutschland. Er zählt 4000 Mitglieder, besitzt 100000 Mk. Vermögen; ihm stehen 150 Vereinsärzte, 100 fachmännische Berater zur Seite. Prinzip des Pflegersystems ist die werktätige Hilfe durch eigene Arbeit.

4. Mittel der Fürsorge.

Zunächst gilt es die Ermittlung der Hilfsbedürftigen. Man mnß sich mit der Schulverwaltung ins Einvernehmen setzen, welche Jugendlichen im nächsten Halbjahr die Schule verlassen werden und bedürftig sind.

Sodann handelt es sich um eine verständige und richtig geleitete Berufswahl entsprechend den individuellen Anlagen, Neigungen, geistigem Vermögen, sittlicher Beschaffenheit — vor allem auf Grund ärztlicher Untersuchung. Als guter Leitfaden wird empfohlen: „Wegweiser für die Berufswahl", herausgegeben von SOMMERFELD, JAFFÉ, SAUER; er beruht auf Auskünften auf 2000 versandte Fragebögen, behandelt die Berufsanforderungen, Berufsgefahren, den Gang der Ausbildung, die Aussichten des Berufs, Lehrstellen- und Arbeitsnachweise des einzelnen Berufs, Höhe des erforderlichen Kapitals, um sich in dem Beruf selbständig zu machen.

Solche, die körperlich nicht ausreichend imstande sind zu einem Beruf, sind aufs Land hinauszuschicken, um sich dort zu kräftigen und die ländliche Arbeit zu verrichten, deren sie fähig sind. Weitere Sorge der Pfleger sind: das Verhältnis zwischen Meister und Lehrling, der Besuch Fortbildungsschulen, der obligatorisch sein muß; der Fach-, der Kochschulen, die wirtschaftliche Ausbildung; daneben sind weitere große soziale Auf-

gaben zu erfüllen: die Wohnungsfürsorge, die zweckmäßige Unterbringung in Lehrlingsheimen, Fabrikpensionaten, Arbeiterinnenheimen u. a. m.; Überwachung des Verkehrs, Herbeiführung guter Geselligkeit (Volksunterhaltungsabende), geeigneter Lektüre (Volksbibliotheken).

In der Diskussion weist Rektor PAGEL auf den „Deutschen Zentralverein für Jugendfürsorge“, erwachsen aus dem „Zentralverein für die schulentlassene Jugend“ hin, Rektor DANNMEIER (Kiel) auf die Jugendarbeit des Guttemplerordens.

Diskussion über den Vortrag des Herrn KULEMANN: „Die forensische Behandlung der Jugendlichen“ (vgl. das Original in Heft I dieser Zeitschrift).

Von juristischer Seite erhebt sich Widerspruch gegen die Kombination von Strafe und Fürsorgeerziehung, die bereits durch die Praxis in England widerlegt sei. Die Juristen sollten besser psychologisch gebildet sein; dem Richter Pädagogen und Ärzte an die Seite zu stellen, habe auch seine Bedenken.

Ein holländischer Pädagoge macht auf die holländische Gesetzgebung für Kinderschutz aufmerksam. Ein seit vorigem Jahr in Wirksamkeit befindliches Gesetz für Kinderverbrechen habe den Begriff der Einsichtsfähigkeit fallen gelassen und komme den Forderungen des Vortragenden nahe.

Vortrag des Herrn HELLER: „Über psychasthenische Kinder“.

Der Grundzug des psychasthenischen Zustandes ist die verminderte psychische Widerstandsfähigkeit, die Schwierigkeit Unlustgefühle zu überwinden. Daher Mißbehagen bei Anforderungen, Mangel an Ausdauer, Zerstreutheit. Schon das Stillsitzen ist den Kindern eine schwere, kaum erfüllbare Aufgabe. Ähnlich können sich die Debilen verhalten, doch steht bei ihnen der Intelligenzdefekt im Vordergrunde gegenüber den meisten Psychasthenischen. Diese sind oft sehr vielseitig veranlagt, keine ihrer Anlagen führt aber zu einer Existenzgründung: sie können nicht ausharren, sind ungehorsam, widerstreben oder widersprechen beim geringsten Anlaß. Sie sind schlechte Esser, fügen sich nicht den normalen Eßgewohnheiten, sind unbeliebt bei Altersgenossen, weil sie die Spielregeln nicht befolgen, stets Veränderungen wollen, böse werden, wenn nicht alles nach ihrem Kopf geht; sie zeigen einen Hang zum Lügen. Bei bevorstehenden Schularbeiten zeigen sie die Merkmale einer Erwartungsneurose (KRÄPELIN) mit Prüfungsangst und völligem Versagen. Weitere Folgen ihrer Verstimmung sind Abneigung gegen die Lehrer, Haß gegen die Schule.

Als „psychasthenische Krisen“ bezeichnet H. akutere Zustände, in welchen die Kinder sich der Schuldisziplin nicht fügen, frech und obstinat sind, dabei unempfindlich gegen jede Strafe. Sie treiben sich planlos umher und können antisoziale Handlungen begehen: — Diebstähle, Einbruch — und zu Selbstmord neigen. Im Gegensatz zur sog. „Moral insanity“ treten diese „Krisen“ auf Grund von Affekten und fast immer erst in der Pubertätsperiode auf. Sie können in kurzer Zeit abklingen,

ohne Rückfall, mit späterer Einsicht. Oft bilden sie sogar einen Wendepunkt im Seelenleben des Psychasthenikers.

In der Schule werden sie meist verkehrt behandelt, im Elternhaus gibts heftige Szenen; Abgabe an Besserungsanstalten, Verschickung nach Amerika u. ähnl. sind Strafmittel, welche durchaus nicht bessernd wirken.

Die Versuche, durch Herbeiführung von Lustgefühlen — gleichsam eine Art Selbsthilfe — die Unlustgefühle zu kompensieren, führen leicht zur Onanie, zur Anfüllung der Phantasie mit umfassender Lektüre, zum Sammeln, das seinerseits leicht zum Angriffspunkt für Eigentumsdelikte werden kann; zum Streben nach steter Veränderung.

Von der Hysterie, mit welcher diese Zustände gemeinschaftliche Züge haben, das Überwuchern der Phantasie, der Hang zum Lügen, der Wandertrieb — ist die „Psychasthenie" deutlich geschieden: es fehlen die krampfartigen Zustände und andere Stigmata, es fehlt das absichtliche Hervorkehren der krankhaften Erscheinungen.

Die Abtrennung von der Hebephrenie ist leicht: nie kommen katatonische Symptome zur Beobachtung, auch nicht der schnelle Absturz der Intelligenz nach den Krisen.

Therapie: man muß suchen, die Anlage schon im vorschulpflichtigen Alter zu erkennen und Prophylaxe zu üben durch die Erziehung, welche Unlustgefühle methodisch überwinden lehren muß — am besten in der Heilerziehungsanstalt, wenn möglich mit ländlichen Betrieben; Loslösung von den gewohnten Verhältnissen ist eine umso notwendigere Voraussetzung der Behandlung, als im Elternhaus die krankhafte Grundlage des Zustands schwer erkannt zu werden pflegt. Der Beschäftigungstherapie mit Wechsel der körperlichen und geistigen Arbeit fällt ein wesentlicher Anteil bei der Behandlung zu. Die Fürsorgeerziehung sollte mehr und mehr zur Heilerziehung werden.

Diskussion:

Prof. BREITUNG (Koburg) redet einer Vervollkommnung des Instituts des Schularztes als Mittelglieds zwischen Pädagogen und Familie das Wort.

Dr. PAUL MÖLLER (Berlin) wendet sich gegen die Auffassung der Psychasthenie als einer selbständigen Krankheit; sie stelle nur einen Symptomenkomplex dar. Ihre Aufstellung als eines Sammelbegriffs enthalte die Gefahr der therapeutischen Beschränkung auf pädagogische Beeinflussung. Der Begriff sei aufzulösen in Teilerscheinungen der Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Imbezillität; damit komme schon die Notwendigkeit sorgfältiger und häufiger ärztlicher Untersuchung zum Ausdruck; auch Anämie und Magendarmstörungen spielten hier oft eine Rolle.

Vortrag des Herrn WEIGL: „Bildungsanstalten des Staates, der Provinzen bzw. Kreise und der Kommunen für Schwachsinnige im Deutschen Reiche."

Die Versorgungsanstalten für jugendliche geistig Minderwertige gruppieren sich folgendermaßen:

1. Geschlossene Anstalten, die den Kindern neben der Bildung auch die ganze Erziehung geben. Deren gibt es in Deutschland 81

mit 383 Lehrern und Lehrerinnen, die zusammen 5219 Kinder unterrichten.

2. Den Volksschulen angeschlossene eigene Klassen und Schulen; solche „Hilfsschulen“ bestehen in 162 deutschen Städten.
3. Eigene Klassen — „Sonderklassen“ — in Vollschulen gibt es in 22 deutschen Städten für zusammen 14073 Kinder.

Von den 81 Anstalten für Schwachsinnige sind nur 8 Einrichtungen des Staates mit insgesammt 39 Lehrkräften für 903 Schüler (im Königreich Sachsen: Chemnitz, Groß-Hennersdorf[1]), Hochweitzschen, Nossen[1]); im Großherzogtum Hessen: Darmstadt; im Großherzogtum Mecklenburg: Schwerin; im Herzogtum Anhalt: Dessau; im Herzogtum Sachsen-Altenburg: Roda). Fünf Anstalten sind provinziell (Provinz Brandenburg: Potsdam; Provinz Hannover: Langenhagen; Provinz Posen: Kosten; Provinz Schleswig-Holstein: Schleswig; und eine in der Rheinprovinz).[2]) Nur zwei geschlossene Anstalten sind kommunal; beide in Berlin (Wuhlgarten, Dalldorf).

Der Hauptteil der Anstaltsversorgung fällt heute noch der Privatwohltätigkeit zu; dies sei, müsse man auch mit Dank deren bisherige Tätigkeit anerkennen, sehr bedauerlich. Die Unsicherheit der Stellung halte gerade die tüchtigsten Lehrkräfte ab; wie bei der Blinden- und Taubstummenversorgung müsse der Staat Garantien auch für die Schwachsinnigenversorgung schaffen.

Es blieben den staatlichen und Provinzialbehörden noch viele Aufgaben. In Städten von 10—5000 Einwohnern könne man schon an Einführung von Hilfsschulen denken, an kleineren Orten Ersatzeinrichtungen schaffen durch Anstellung von Lehrkräften, die sich mit den Grundsätzen der Heilpädagogik vertraut gemacht haben. Vortragender schließt mit der Forderung einer Ausbildung der Seminaristen in dem ganzen Gebiet der Heilpädagogik und mit der Anregung für die staatlichen, provinziellen und kommunalen Behörden zum weiteren Ausbau von offiziellen Bildungsanstalten für Schwachsinnige.

In der Diskussion schneidet Lehrer Frauendienst die Frage der Organisation und der Leitung der Anstalten für Schwachsinnige an. Er verlangt, daß sie unter ärztliche Leitung gestellt werden.

Ihm tritt Erziehungsinspektor Piper entgegen; er sieht in der Anstalt für Schwachsinnige eine Erziehungsanstalt und verlangt für sie die pädagogische Leitung.

Herr Tuczek tritt den Ausführungen des Herrn Piper entgegen. Hilfsschulen und Hilfsklassen gehören unter die Leitung des Pädagogen, der sich des Rates des psychiatrisch gebildeten Arztes bedienen muß. Die Anstalten für Schwachsinnige (Idiotenanstalten) sind aber nicht Erziehungsanstalten, sondern Krankenanstalten für bestimmte Gruppen von Gehirnkranken. Der Unterricht und die Beschäftigung sind an diesen Anstalten nur wertvolle Mittel zu ihrer Fürsorge. Der dem Arzt an diesen Anstalten

[1]) nach Chemnitz verlegt; dazu kommt Hubertusburg.

[2]) Provinz Sachsen: Uchtspringe. Bayern, Pfalz: Frankenthal.
D. Red.

gebührende Einfluß wird ihm bisher meist nicht eingeräumt; nur an leitender Stelle wird er ihn ausüben können.

T. führt im Einzelnen aus, daß es sich bei den Schwachsinnigen um Gehirnkranke handelt, die sehr wohl erfolgreiches ärztliches Eingreifen gestatten, solches aber auch beständig erfordern, da die Krankheitsprozesse keineswegs als abgelaufen zu betrachten sind.

Nur die volle Würdigung der krankhaften Abweichungen durch den leitenden Psychiater schützt vor Verwechslung von psychologischen und pathologischen Mängeln mit all ihren Konsequenzen für Verantwortlichkeit und Pädagogik.

Regierungsrat MÜLLER exemplifiziert auf die Praxis im Königreich Sachsen, wonach die Anstalten für Erziehungsunfähige „natürlich“ unter ärztliche, die für Erziehungsfähige unter pädagogische Leitung zu stellen seien.

TUCZEK wendet gegen diese Ausführungen ein, daß gerade die bildungsfähigen Schwachsinnigen der meisten ärztlichen Fürsorge bedürfen; es sollten daher die für sie bestimmten Anstalten erst recht unter ärztlicher Leitung stehen. Nur an leitender Stelle könne der Arzt den ihm zustehenden Einfluß auf die Behandlung der Schwachsinnigen ausüben. Bei einer künftigen Gesetzgebung sei daher für die Organisation dieser Anstalten nach den Grundsätzen zu verfahren, wie sie die — von T. verlesenen — Beschlüsse des deutschen Vereins für Psychiatrie vom Jahre 1893, 1895, 1905 aufstellen.

Landessyndikus GERHARD hebt hervor, daß das Gesetz vom 11. Juli 1891 nur von „zur Bewahrung, Kur und Pflege geeigneten“ Anstalten rede, nicht von Erziehung, sowie, daß das Gesetz die Verbände nicht zwingen will, die Verpflichtung, welche es ihnen auferlegt, in eigenen Anstalten zur Durchführung zu bringen, wenn die Provinz Brandenburg dies auch freiwillig tue.

Demgegenüber stellt TUCZEK fest, daß die Anstalten für bildungsfähige Idioten vielfach auch erwachsene anstaltsbedürftige Idioten verpflegen (s. z. B. Bericht über die Einweihung des „Altenheim“ im letzten Jahresbericht der Anstalt Idstein). Die Kommunalverbände entledigten sich also ihrer Verpflichtungen vielfach durch Überweisung der Pfleglinge an Anstalten der freien Liebestätigkeit; diese seien aber als geeignete Anstalten nicht anzuerkennen, wenn sie nicht ärztlich geleitet seien.

Pfarrer SEIFFERT ist der Meinung, als Leiter von Anstalten für Bildungsfähige seien ihm Lehrer sowohl wie Arzt zu schade; es genüge irgend ein Verwaltungsbeamter. Zur Leitung der Pflegeanstalten reiche ein guter Pfleger aus.

Herr JAHN, Pastor und Anstaltsvorsteher in Züllchow, schlägt als Anstaltsleiter etwa einen Offizier vor, der sorgen solle, „daß die Brüder sich vertragen“.

Lehrer FRAUENDIENST wünscht, daß in den Anstalten der Rat des Arztes der maßgebende ist; „das kann er nur an leitender Stellung“.

Vortrag des Herrn GUTZMANN: „Die soziale Fürsorge für sprachgestörte Kinder“.

In Deutschland gibt es 100 000 Stotterer; dazu 100 000 Stammler; die sozialen Schäden des Stotterns, die Behinderung des Stotterers, zu einer Erwerbstätigkeit zu gelangen, sind nicht gering. Alle Stotterer bieten ein neuropathisches Moment dar — in der Familie, in ihnen selbst, in der Art der Entstehung ihres Leidens. Dies erfordert eine Behandlung, welche die Schule an sich nicht gewähren kann; hier bedarf es der gemeinschaftlichen Tätigkeit von Lehrer und Arzt. Der Schularzt muß mitwirken, dazu aber zunächst sich selbst ausreichend informieren. Auch empfiehlt sich die Abordnung von Seminaristen zu Kursen über Sprachgebrechen und die Errichtung staatlicher Ambulatorien zur Behandlung von Stotterern sowie die Begründung von Ferienvereinen für stotternde Kinder.

Mit dem Kongreß war eine Ausstellung in den Räumen des Universitätsgebäudes verbunden, die sich auf Körperbau und Hygiene des normalen wie des kranken Schulkindes, gewerbliches und künstlerisches Schaffen des Kindes, Unterrichtsmittel, Schulbau und Schulausstattung, wissenschaftliche Werke, methodische Schriften und ähnliches bezog; daneben eine, durch das Zusammenwirken mehrerer Kinderpsychologen veranstaltete Ausstellung von Kinderzeichnungen, mit Erläuterungen, sowie — zur Ergänzung des Vortrags von Dr. Ament — eine Ausstellung der Literatur der Kinderseelenkunde von 1690 bis 1882 in Erstlingsausgaben.

Tuczek.

Direktor Dr. Pabst-Leipzig: „Die psychologische und pädagogische Begründung des praktischen Unterrichts".

Nachdem der Vortragende einleitend das Verhältnis der Psychologie zur Pädagogik berührt hatte, wobei er sich gegen die verbreitete Meinung aussprach, daß die letztere ihre Direktiven ausschließlich von der ersteren zu erhalten habe, wies er in eingehender Weise nach, wie sich aus der modernen Psychologie die Notwendigkeit des praktischen Unterrichts als eines Erziehungsmittels begründen läßt. Die Ausbildung des Gehirns als des Organs nicht bloß für das Denken, sondern auch für das Wollen und Handeln des Menschen erfolgt nur unter Mitwirkung der Sinne und der körperlichen Betätigung des Kindes; die sensorischen Zentren (Empfindungszellen) und ebenso die motorischen Zentren (Bewegungszellen) des Gehirns entwickeln sich durch Übung und bleiben unentwickelt, wenn diese Übung fehlt. Die übliche Unterscheidung zwischen Kopfarbeit und Handarbeit ist falsch, denn es gibt keine Art der Handarbeit, die nicht zu gleicher Zeit mehr oder weniger Kopfarbeit erforderte, und der Unterschied zwischen beiden Arten der Arbeit ist nur ein solcher dem Grade nach, soweit die Tätigkeit des Gehirns dabei in Frage kommt. Deshalb sind körperliche Bewegung, Spiel, Turnen, Handarbeit und Zeichnen notwendig zur Entwicklung des Gehirns, sie sind Mittel zur Gewinnung der motorischen Begriffe, die den Menschen zum Handeln führen und das Wesen seines Charakters begründen. Aber die feinere Handarbeit wirkt anders auf das Gehirn ein, wie die grobe Arbeit bei der Bewegung großer Muskelgruppen; die ausgebildete Hand ist ein feines Sinnesorgan, ähnlich wie Auge und Ohr. (Goethe: . . .„fühle mit stehender Hand".) Die Handgeschicklichkeit hat ihren Sitz nicht eigentlich in der Hand, sondern im Kopf und Gehirn; geeignete Handübungen sind deshalb eine Form geistiger Erziehung.

Außer dem Gehirn kommt für die motorischen Bewegungen noch das Rückenmark in Frage, von dem aus die unbewußten Reflexbewegungen dirigiert werden. Die erziehliche Einwirkung auf beide Organe kann nur im jugendlichen Alter stattfinden, und deshalb ist die Einführung geeigneter Handbetätigung in das System der Jugenderziehung zu fordern.

Die Notwendigkeit einer solchen läßt sich, ganz abgesehen von der psychologischen Begründung, auch auf pädagogischem Wege nachweisen. Die Erfahrung lehrt und alle großen, genialen Erzieher (Comenius, Rousseau, Pestalozzi, Fröbel u. a.) haben es erkannt, daß die körperliche Erziehung mit der geistigen Hand in Hand gehen muß und daß die körperliche Betätigung des Kindes eine Vorbedingung für seine geistige Entwicklung ist, von der sie sich nicht trennen läßt. Die Herstellung einfacher Gegenstände, wie sie im sogenannten Handfertigkeitsunterrichte geübt wird, ist durchaus keine mechanische Sache, die für die Erziehung wertlos wäre oder etwa nur dem Zwecke dienen könnte, für eine handwerksmäßige Tätigkeit vorzubilden. Man kann im Gegenteil behaupten, daß in einer solchen Betätigung unter Umständen mehr geistbildende Momente liegen, als in manchen Formen des Sprachunterrichts. Psychologisch ausgedrückt ist das Sprechen als eine motorische Erregung gewisser Muskeln von der Handbetätigung nur darin unterschieden, daß beide Arten der motorischen Erregung von verschiedenen Gehirnzentren ausgehen; somit sind für die Ausbildung des Geistes beide Prozesse im Grunde genommen gleichwertig. Auch vollzieht sich der Prozeß des Denkens vielfach, wie z. B. beim Künstler, Techniker, Naturforscher usw., durchaus nicht in den sprachlichen Formen, der Komponist denkt in Tönen, der Künstler und Techniker in Raumformen, der Naturforscher in Formen sinnlicher Erscheinungen, die mit der Sprache nichts zu tun haben. Aber wie wir in unserer Kultur überhaupt das Wort und das sprachlich-historische Wissen überschätzen, so geht auch unsere Erziehung einen verkehrten Weg, wenn sie die Ausbildung der Hand und der Sinnesorgane vernachlässigt. Die Erziehung der Zukunft wird hierauf Rücksicht nehmen und zugleich wird sie als eine Erziehung *zur* Arbeit und *durch* Arbeit eine Reihe von pädagogischen und sozialen Gesichtspunkten in den Vordergrund stellen müssen, die in unserem heutigen Erziehungssystem nicht zur Geltung kommen können. Der praktische Unterricht in seinen verschiedenen Formen erscheint geeignet, gewisse Mängel unseres gegenwärtigen Erziehungssystems auszugleichen. Eigenbericht.

Erster Kongrefs für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin
vom 1.—4. Oktober 1906.

Ergänzendes*) Referat, erstattet von

Privatdozent Dr. **Albert Uffenheimer** in München.

Nach mehr als zweijährigen Vorbereitungen und nach einer mehrfachen Änderung des für die Tagung festgesetzten Ortes und Zeitpunktes kam der in der Aufschrift genannte Kongreß endlich unter dem Vorsitz des Herrn Geheimen Regierungsrates Professor Dr. W. MÜNCH in Berlin zustande. Über die Vorgeschichte desselben habe ich im Januar dieses Jahres bereits in der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde einen ausführlichen Bericht erstattet. (Vgl. Monatsschrift f. Kinderheilkunde Bd. V, Nr. 1.)

Wie groß das Interesse aller beteiligten Kreise an dem Zustandekommen des Kongresses war, zeigten eine Reihe begeisterter Zuschriften an das vorbereitende Komitee, die seinerzeit veröffentlicht worden sind, das zeigte auch die rege Teilnahme der Vertreter der Kinderheilkunde, der Pädagogen und Psychologen, der in der Schwachsinnigen- und Epileptischenfürsorge Tätigen, der Taubstummen- und Blindenlehrer, der Heilpädagogen, der Geistlichen und Juristen und nicht zuletzt des breiten Publikums, das nicht durch seinen Beruf mit der Kinderfürsorge verknüpft ist. Die Zahl der Teilnehmer an der Berliner Versammlung hat tausend wohl

*) Anmerkung bei der Korrektur: Der vorliegende Bericht wurde der Redaktion als ausführliches Referat übergeben. Acht Vorträge, über die von anderer Seite berichtet wurde oder die in extenso in dieser Zeitschrift erschienen, wurden durch redaktionelle Anordnung nachträglich gestrichen. So entstand der vorliegende Torso, in dem eine anspruchsvolle Einleitung zu dem wenigen, was tatsächlich über die Vorträge berichtet wird, in keinem richtigen Verhältnis zu stehen scheint. Das ursprüngliche Referat hatte mehr als den doppelten Umfang des hier abgedruckten Teiles. A. UFFENHEIMER.



überschritten, und man darf dies als ein gutes Omen für die Zukunft betrachten; der Verlauf des Kongresses selbst aber hat doch nicht die Hoffnungen erfüllt, die wir auf ihn gesetzt haben. Es kam dies daher, daß man allerlei Konzessionen hatte machen müssen, um denselben zustande zu bringen. So hatte man beispielsweise, um eine Reihe von Vorträgen unterbringen zu können, eine Einteilung in drei Sektionen vorgesehen, nämlich in eine anthropologisch-psychologische, eine psychologisch-pädagogische und eine philantropisch-soziale. Auf diese Weise erwies sich die Teilnahme an einem größeren Teil der Verhandlungen als unmöglich. Auch hatte man nicht von vornherein einzelne Redner als die berufensten Vertreter ihres Spezialfaches ausgewählt und ihnen bestimmte Themen zur Besprechung aufgegeben, die immer wieder auf den Zusammenhang der vielen im Kongreß vereinigten Bestrebungen hätten hinweisen können, sondern man hatte das meiste der freiwilligen Anmeldung überlassen. Die Rücksichtnahme auf den einzelnen führte zu einer auf wissenschaftlichen Kongressen sonst nicht üblichen Milde der Geschäftsführung, die eine viel zu weite Ausdehnung der Vorträge und teilweise endlose Diskussionen gestattete. Und in den Diskussionen hielt man sich sogar oft genug nicht an das eben besprochene Thema; ohne jeglichen Zusammenhang mit demselben wurde vielfach Propaganda für irgend welche anderen Bestrebungen gemacht. Beispielsweise sprach nach einem Referat über die Fürsorge für die schulentlassene Jugend eine Dame über die vorschulpflichtigen Kinder, nach einem Vortrag über Wohnungs- und Kinderelend brachte eine andere Dame in einer plastischen Schilderung die unzüchtigen Bilder zur Sprache. Die Pädagogen und experimentellen Psychologen nahmen die Gelegenheit wahr, die großen Gegensätze, die ihre beiden Wissenschaften aufweisen, in ein recht grelles Licht zu setzen und leider gab es auch heftige Differenzen zwischen den Psychiatern und Heilpädagogen über die führende Stellung in den Anstalten für Schwachsinnige. Nur diese wenigen Punkte wollte ich hervorheben, um zu zeigen, wie wenig innig der Kontakt der verschiedenen auf dem Kongreß vereinigten Berufsarten war. Es liegt dies aber nicht in der Natur der Sache. Wer wie ich teilgenommen hat, an dem Gießener Kurs, der im April dieses Jahres unter der Leitung von Prof. SOMMER abgehalten wurde und der einen innigen Konnex der gleichen Kreise, die auch an dem Berliner Kongreß beteiligt waren, und einen regen, wenn auch vorwiegend privaten Meinungsaustausch vermittelte, der weiß, daß auch der Berliner Kongreß uns sicher hätte viel mehr geben

können. Es darf deshalb nicht verwundern, wenn gerade aus der Reihe derer, die sich praktisch in der Kinderfürsorge betätigen, viele Stimmen der Enttäuschung laut wurden, und es darf schon heute die Prophezeiung ausgesprochen werden, daß der Kongreß, wenn er in drei Jahren wiederum zusammentreten sollte, eine andere Zusammensetzung zeigen wird, wie dieses Mal, und daß er dann seinen Arbeitsplan in bedeutend engeren Grenzen halten wird. Ein „Weniger“ bedeutet auch für einen Kongreß oft ein „Mehr“.

In dem folgenden sei in Kürze über die Vorträge berichtet, die ich mir selbst anhören konnte, (soweit nicht Geh. Rat Prof. Dr. Tuczek darüber berichtet hat, oder ein Original in der Zeitschrift erscheint. Zusatz d. Red.) Ich gehe dabei von der Wiedergabe von Autoreferaten bis auf 3 besonders bezeichnete Vorträge, denen ich aus äußeren Gründen nicht beiwohnen konnte, völlig ab und bin hierdurch genötigt, eine Reihe von Referaten nur dem Titel nach aufzuführen.

Dr. Theodor Heller-Wien-Grinzing sprach: „Über psychasthenische Kinder“. Der Vortragende beschrieb eine Kategorie psychopathischer Kinder, bei denen jede längere oder komplizierte Arbeitsleistung auf körperlichem oder geistigem Gebiet schwere Unlustgefühle (Dysphorie) auslöst, die nicht überwunden werden können und sich unter Umständen als psychische Hemmung geltend machen. Hierher gehören jene Kinder, die mit keiner Arbeit fertig werden, und bei denen sich eine eigenartige Erwartungsneurose (Prüfungsangst) einstellt. Das pathologische Unlustgefühl wächst oft dermaßen an, daß es bis zu „psychasthenischen Krisen“ kommt, in denen die Kinder planlos herumirren, Eigentumsdelikte begehen, sogar Selbstmord verüben. Die falsche Beurteilung der Psychasthenie als moral insanity führt zu schweren pädagogischen Mißgriffen. Ebenso ist die Psychasthenie von der Debilität, Hysterie und Hebephrenie wohl zu unterscheiden. Psychastheniker, die nicht rechtzeitig einer heilpädagogischen Behandlung unterworfen worden sind, stellen das Hauptkontingent zu den problematischen Naturen und schiffbrüchigen Existenzen. Der Vortragende spricht sich für eine planmäßige Beschäftigungstherapie bei vollständiger Änderung des Milieus aus, die in leichten Fällen in einem Landerziehungsheim, in schweren Fällen in einer Heilerziehungsanstalt stattzufinden hätte. (Autoreferat.)

Privatdozent Elsenhans-Heidelberg sprach „über die Anlagen des Kindes“. Das Wort „Anlage“ bedeutet eine Lücke in der Erkenntnis der Dinge, er stellt ein X dar, welches die Grenzen der künftigen Weiterentwicklung festsetzt. In erster Linie interessieren die Modifikationen von den allgemeinen Anlagen. Hierher gehören Unterschiede des Gedächtnisses; verschiedene Anschauungstypen; Aufmerksamkeit, Zerstreuung; Phantasie; Anlage des Wollens (des Charakters). Wichtig ist auch das Verhältnis der einzelnen Eigenschaften zueinander (Verstandesmenschen, Willensmenschen, Gefühlsmenschen). Die Temperamente bilden eine Verbindung der verschiedenen Anlagen in bestimmter Weise. Gewisse Anlagen sind miteinander unvereinbar, beispielsweise Mathematik und Poesie,

vielleicht auch Realismus und Humanismus. Anlagen müssen gesteigert werden durch fortgesetzte Funktion (Übung); man kann gradweise unterscheiden 1. Fertigkeit, 2. Gewohnheit, 3. Mechanisierung, 4. Kultivierung. Kompliziertere Funktionen sind sekundäre Anlagen, die aus elementaren Anlagen hervorgehen (beispielsweise Schreien, Sprechen, Kunstgesang). Die sekundären Anlagen müssen nicht notwendig zu den Elementaranlagen dazu kommen. Auch die Raumerkennung und die Charakterausbildung bezeichnet E. als sekundäre Anlagen. Als Grundlagen der Anlagen führt E. die Chromosomen an.

Professor MARTINAK-Graz sprach über „Wesen und Aufgabe einer Schülerkunde". Die Schülerkunde hat die Aufgabe, das gesamte körperliche und geistige Leben des Schülers zu erforschen mit besonderer Betonung aller derjenigen Erscheinungen, die mit dem Schulleben im kausalen Zusammenhang stehen. Der Erzieher muß die Psyche seines Schülers sehr genau kennen; das bedeutet aber nicht, daß er ihr immer nachgeben muß, im Gegenteil, er muß vielmehr hemmend, drängend, also gegen die psychische Anlage arbeitend tätig sein. — Die Schule sollte nicht nur Zeugnisse (Diagnosen), sondern außerdem auch Prognosen geben; es sollte ein bleibender Zusammenhang der Schüler mit den ehemaligen Unterrichtsanstalten bestehen, ähnlich dem Altherrenverband der Akademiker; Personalbogen müßten eingeführt, die eigenen Jugenderinnerungen sollten gepflegt werden. Schließlich ging M., über zu einer ausführlichen Schilderung des Systems einer Schülerkunde, berücksichtigte hierbei auch angemessen die Rolle des Arztes wie des experimentellen Psychologen und wies dann auf zahlreiche Gebiete hin, welche einer streng wissenschaftlichen Prüfung noch nicht zugängig sind, deren Studium indessen doch nicht vernachlässigt werden darf.

Dr. ENGELSPERGER-München sprach über seine gemeinsam mit Dr. ZIEGLER ausgeführten Untersuchungen „Beiträge zur Kenntnis der physischen und psychischen Natur der sechsjährigen, in die Schule eintretenden Münchener Kinder."

Die an zirka 500 Münchener Schulkindern unternommenen Untersuchungen gliedern sich in einen anthropologischen und psychologischen Teil. Die durchgeführte Scheidung nach den sozialen Lebensverhältnissen ergab für die Kinder schlechter situierter Stände hinsichtlich der Körperlänge sowie des Gewichtes kleinere Maße. Ferner zeigte sich auch, daß die noch nicht sechs Jahre alten Kinder beträchtlich geringere Werte als ihre älteren Kameraden aufwiesen. Der Wunsch, zu erfahren, ob der eine so große Änderung in der bisherigen Lebensweise des Kindes verursachende erste Schulunterricht einen merklichen Ausdruck im Gewicht fand, veranlaßte weitere Untersuchungen der Gewichtsverhältnisse nach achtwöchentlichem Schulbesuche. Zirka 85 % sowohl der Knaben als der Mädchen wiesen Gewichtszunahmen von 0,05—1,5 kg auf. Ein nicht geringer Rest zeigte jedoch Gewichtsabnahmen bis zu 1 kg auf. Auf den psychologischen Teil (psychische Anlagen und Fähigkeiten der Schulanfänger; Feststellung ihrer Vorstellungskreise aus dem Gebiete der Zoologie, Botanik, Religion etc.; Mängel dieser Betrachtungsweise in stoff-

licher und methodologischer Hinsicht) kann hier nicht näher eingegangen werden. Ein Teil dieser Untersuchungen ist übrigens in der Zeitschrift „Experimentelle Pädagogik“ bereits erscheinen. (Mit Benutzung eines Autoreferates.)

Dr. SONNENBERGER-Worms besprach die geschichtliche Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Ferienkolonien und verwandter Bestrebungen, Pastor Dr. HENNIG-Rauhes Haus, Hamburg, sprach über „Freiwilliger Liebesdienst und staatliche Ordnung in der Arbeit der gefährdeten Jugend; ein Rückblick und Ausblick“, Vorträge, über die sich nicht gut detailliert berichten läßt.

Von großem Interesse war der mit Vorführungen verknüpfte Vortrag des Taubstummenlehrers G. RIEMANN-Berlin „Über taubstumme Blinde“. Auf diese Dreisinnigen ist der Blick des Publikums in neuerer Zeit durch das Buch der HELEN KELLER hingelenkt worden. Man darf nun freilich nicht glauben, daß die in dem Buch aufgezählten Leistungen auf den Unterricht allein zurückzuführen sind. Sie sind vielmehr das Resultat des innigen Zusammenlebens zwischen einer hochbegabten Schülerin und einer genialen und sehr energischen Lehrerin. Eine französische Statistik zählt allein 54 unterrichtete Dreisinnige auf. RIEMANN selbst hat drei solche Unglückliche ausgebildet. Taubblinde werden in Preußen gegenwärtig 215 gezählt. Die von Geburt an Taubblinden sind im Anfang schwieriger zu unterrichten als die erst später Ertaubten oder Erblindeten, später aber machen sie schnellere Fortschritte, weil sie weniger Wissensballast mit sich schleppen müssen als die letzteren. RIEMANN demonstrierte nun an zwei der von ihm unterrichteten dreisinnigen Zöglinge die Art und Weise, wie ihnen zunächst mit dem Fingeralphabet Worte beigebracht werden und wie sie dann allmählich zu einem notdürftigen Sprechen geleitet werden. Die ältere Patientin hatte neben der Gebärdensprache und dem Fingeralphabet auch Tastlesen, ja sogar unsere Schreibschrift gelernt. Wie das mit ihr angestellte Examen ergab, hatte sie auch ganz gute geographische und sonstige allgemeine Kenntnisse. Die Taubheit ist dasjenige Leiden, welches die größeren Nachteile schafft, die Blindheit verursacht mehr eine Unbeholfenheit der Kranken. Solche Dreisinnige gehören deshalb in die Hand des Taubstummenlehrers. Es ist eine Spezialanstalt für derartige Kinder notwendig, in der auch Schwachsichtige aufgenommen werden können, denen durch Gebärden- und Fingeralphabet noch geholfen werden kann, so daß ihnen die Sprache erhalten bleibt. Seit Juli d. J. ist in Nowawes eine derartige Anstalt gegründet.

Über zwei Vorträge wäre hier noch zu berichten, welche über zwei mit dem Kongreß in Verbindung stehende Ausstellungen orientierten. Dr. AMENT-Würzburg sprach über „Eine erste Blütezeit der Kinderseelenkunde um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert“ und hatte im Anschluß daran eine kleine Ausstellung der gesamten Literatur der Kinderseelenkunde von LOCKE (1690) bis PREYER (1882) in Erstlingsausgaben veranstaltet. Museumsleiter E. FISCHER machte eine „Orientierende Mitteilung über die Ausstellung“. Dieselbe gliederte sich in fünf Abteilungen:

Bau, Leben und Hygiene des gesunden und kranken Schulkindes; Kind und Kunst (a) das Kind als Künstler; b) die Kunst für das Kind; c) Jugendbücherei); wissenschaftliche Bibliothek-Lesesaal; Lehr- und Lernmittel; Schulbau und Schuleinrichtungen. Das vielseitigste Interesse erweckte hier die von Dr. W. STERN-Breslau ausgestellte Kollektion von 1500 Schülerzeichnungen aus Breslauer Schulen über das SACHS'sche Gedicht „Schlaraffenland".

Der Rest der Sektionsvorträge, die mit anzuhören nach dem oben Gesagten mir unmöglich war, kann nur dem Titel nach angeführt werden (soweit über sie nicht Geh.-Rat Prof. Dr. TUCZEK berichtet. Zusatz d. Red.).

Privatdozent Dr. W. STERN-Breslau: „Grundfragen der Psychogenesis".
Dr. W. FÜRSTENHEIM-Berlin: „Über Reaktionszeit im Kindesalter".
Privatdozent Dr. SCHÄFER-Berlin: „Farbenbeobachtungen bei Kindern".
Fräulein H. MECKE-Kassel: „FROEBEL'sche Pädagogik und Kinderforschung".
Hilfsschuldirektor J. DELITSCH-Plauen: „Über die individuellen Hemmungen der Aufmerksamkeit im Schulalter".
Dr. F. SCHMIDT-Würzburg: „Haus- und Prüfungs-Aufsatz; experimentelle Studien".
Direktor ARCHENHOLD-Treptow: „Die Bedeutung des Unterrichts im Freien in Mathematik und Naturwissenschaft".
Lehrer F. LORENZ-Weißensee: „Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung".
Schularzt Dr. BERNHARD-Berlin: „Über den Schlaf der Berliner Gemeindeschüler".
Institutslehrer LANDMANN-Jena: „Über die Möglichkeit der Beeinflussung abnormer Ideenassoziationen durch Erziehung und Unterricht".
Erziehungsdirektor Pastor PLASS-Zehlendorf: „Über Arbeitserziehung".
Schriftsteller A. DAMASCHKE-Berlin: „Wohnungsnot und Kinderelend".
Direktor Dr. KEMSIES-Weißensee: „Zur Frage der Kinderlüge".
Dr. H. SCHMIDKUNZ-Halensee: „Die oberen Stufen des Kindesalters".
Lehrer W. DIX-Meißen: „Über hysterische Epidemien in deutschen Schulen".
Gefängnisgeistlicher Dr. VON RHODEN-Düsseldorf-Derendorf: „Jugendliche Verbrechen".

Am Mittag des 3. Oktober wurde der Kongreß geschlossen, am Nachmittag und am folgenden Tage fanden noch eine große Anzahl von Führungen und Besichtigungen statt, von denen besonders der Besuch der psychiatrischen Klinik der Charité erwähnt sei, wobei Geheimrat Professor ZIEHEN „Über die normale und pathologische Ideenassoziation des Kindes" sprach, ferner die Demonstration des psychologischen Laboratoriums von Professor STUMPF. Auch zum Besuch einer Reihe von neuen Schulen, Krankenhäusern und Erziehungsanstalten waren Einladungen ergangen.

Besprechungen.

„Heilpädagogische Umschau“, Monatsbericht über Leistungen und Fortschritte auf dem Gesamtgebiete der Heilpädagogik und ihrer Grenzwissenschaften. In Gemeinschaft mit M. LINKE, Lehrer a. d. Prov.-Taubstummenanstalt, O. RECKLING, Lehrer a. d. Prov.-Blindenanstalt, herausgegeben von E. SCHULZE, Lehrer a. d. städt. Hilfsschule Halle a. S. Verlag von C. MARHOLD. Halle 1906/7. Heft 1. 20 Seiten.

Diese Zeitschrift stellt sich die Aufgabe, rasch und regelmäßig über die Neuerscheinungen auf dem Gebiete der Heilpädagogik zu orientieren. Diese Idee ist zweifellos gut und zeitgemäß und eine brauchbare Verwirklichung derselben könnte von allen interessierten Kreisen, bei der sich rasch mehrenden Literatur des Gebietes und seinen zahlreichen Spezial- und Grenzfächern nur begrüßt werden. Dem Unternehmen fehlt aber ein Erfordernis hierzu, nämlich eine Verteilung der Referate auf für die einzelnen Zweige berufene Kräfte. Das Referat über die sämtlichen einschlägigen Wissenszweige liegt in pädagogischen Händen. Im Vorwort des 1. Heftes der Umschau sind bei Besprechung des modernen Aufschwunges der Heilpädagogik erwähnt: „Die Resultate der wissenschaftlichen Erforschung der Kindesseele“, Psychologie und die erzieherischen Erfolge der heilpädagogischen Anstalten. Der naturwissenschaftlich-medizinische Anteil hieran hätte verdient besonders namhaft gemacht zu werden. Bei dieser einseitigen Auffassung mutet es eigenartig an, in der aufgeführten Literatur — das Streben nach Vollständigkeit tritt überall hervor — eine große Zahl, etwa die Hälfte, medizinisch-wissenschaftlicher Arbeiten und Zeitschriften zu finden. Die Anlage der Referate strebt nach Ruhe und Sachlichkeit, es liegt aber in der Natur der Dinge, daß viele Berichte das Wesen des Originals nur unvollkommen wiedergeben. Während das Blatt über die pädagogische Literatur klar und erschöpfend orientiert, gilt dasselbe von der medizinischen Literatur keineswegs.

Während der Fertigstellung des 2. Heftes dieser Zeitschrift ist von der „Heilpädag. Umschau“ ein weiteres Heft erschienen. Aus diesem geht hervor, daß die Schriftleitung sich der Mitwirkung von Fachmännern betr. Referate der einzelnen, besonders auch der medizinischen Gebiete zu versichern bestrebt ist. Diese Änderung der ursprünglichen Richtung ist sehr zu begrüßen, sie stellt die Basis dar, auf der u. E. allein die Gründung eines Unternehmens wie der „Umschau“ möglich ist und sie wird dem Blatt gewiß nur zum Vorteil gereichen. H. VOGT.

Professor Dr. **A. Cramer,** Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Für Studierende und Ärzte. Jena, G. Fischer, 1906. 442 S.

Bei der großen Bedeutung, die hinsichtlich der Erforschung des jugendlichen Schwachsinns häufig den Fragen der Psychoneurosen innewohnt, verdient das vorliegende Werk auch an dieser Stelle volle Berücksichtigung. Wohl fehlt es nicht an umfangreichen monographischen Bearbeitungen der einzelnen Störungen, aber ein Werk, das in gedrängter Kürze den Ärzten und wegen seiner meisterhaften Klarheit auch den entsprechend vorgebildeten Schwachsinnigenlehrern das Wissenswerteste anschaulich und auf Grund eines reichen Erfahrungsmaterials vorführt, verdient doch als ein besonderer Fortschritt begrüßt zu werden.

Über den Inhalt sei nur so viel gesagt, daß nach einer Auseinandersetzung der Ursachen und Darstellung der Symptome zunächst die Neurasthenie, die endogene Nervosität und dann die Hysterie in ihren mannigfachen Formen besprochen werden, worauf die Behandlung dieser Krankheiten eingehend erörtert wird.

Auch für Schwachsinnigenanstalten und Hilfsschulen würde sich das Werk ausgezeichnet empfehlen, das jener Gefahr, daß der Laie an der Hand eines medizinischen Werkes Kuren versucht, gerade durch seine Gründlichkeit und die Veranschaulichung der Schwierigkeiten dieses großen Gebietes wohl am besten vorbeugt. WEYGANDT.

Dr. **W. Ament,** Die Seele des Kindes. Mit 2 Tafeln, 43 Abbildungen im Text und 2 Vignetten. Stuttgart, Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde, Franckh'sche Buchhandlung (96 Seiten, Preis 1 Mark).

In geschickter Weise hat es A. verstanden, auf engem Raum das Wichtigste der psychischen Entwicklung im Kindesalter von der Säuglingszeit bis zur Pubertät darzustellen. Er geht in dem Bestreben, ab ovo angefangen, vielleicht etwas zu weit, wenn er dem Leserkreis, für den das Buch bestimmt ist, auch eine Skizze der Embryonalentwicklung vorführt. Besonderer Nachdruck ist vor allem auf die Ausdrucksbewegungen, insbesondere die Physiognomik, gelegt. Von den wichtigsten Etappen im Gang des Buches seien hervorgehoben die Entwicklung der Sinnesfunktionen, der Bewegungen, der Spiele und besonders der kindlichen Sprache, die ja zum speziellen Arbeitsgebiet des Autors gehört. Kürzer ist die Zeit vom 6. Jahr ab dargestellt.

Ausgezeichnet ausgewählt und wiedergegeben sind die Illustrationen, mit Recht sind auch Zeichnungen hervorragender Kinderfreunde und -kenner unter den Künstlern, wie Ludwig Richter und Oskar Pletsch, dabei verwertet.

Die Darstellung kommt dem Leserkreis, für den das Buch zunächst geschrieben ist, den Müttern, möglichst entgegen. Doch auch wer vom wissenschaftlichen Standpunkt sich mit jenen Fragen befaßt, wird es gern in die Hand nehmen. Lehrern sei es ganz besonders empfohlen.

WEYGANDT.

Zur Frage des Militärdienstes der geistig Minderwertigen.

Von

Rektor **Henze**-Hannover.

Schon wenige Jahre nach Gründung der ersten Hilfsschulen drängte sich den Vertretern des Hilfsschulwesens die Überzeugung auf, daß die Frage des Militärdienstes der früheren Hilfsschulzöglinge neben der der Berücksichtigung der Geistesschwachen in der Rechtsprechung unter den Bestrebungen, die auf Fürsorge für die Hilfsschulzöglinge nach der Schulentlassung hinzielen, in erster Linie zu stehen habe. Immer wieder erhielt die Öffentlichkeit durch ausgedehnte und unliebsame Erörterungen im Parlament und in der Presse Kenntnis von Fällen, daß im Heere eingestellte junge Leute, die sich grober Delikte gegen die Militärgesetze immer von neuem schuldig machten, infolgedessen zu langen und schweren Freiheitsstrafen verurteilt wurden, bis schließlich ihr Verhalten derart auffiel, daß sie endlich unter sachverständige psychiatrische Beobachtung und Beurteilung kamen und nun wegen geistiger Schwäche als nicht zurechnungsfähig freigesprochen werden mußten. Solche Fälle mußten notwendig vorbeugende Maßnahmen als ebensosehr, ja vielleicht noch mehr im Interesse des Heerwesens als der jungen Leute selbst liegend erscheinen lassen. Zwar fehlte es nicht an behördlichen Bestimmungen, die ein Fernhalten der Geistesschwachen vom Heere bezwecken, aber die erwähnten Fälle erwiesen sie doch als nicht ausreichend; auch war ja bei der Kürze der für das Musterungsgeschäft zur Verfügung stehenden Zeit eine eingehende Prüfung der Gestellungspflichtigen auf ihren Geisteszustand hin ausgeschlossen. Es haben daher, allerdings mit wechselndem Erfolge, schon seit mehreren Jahren in verschiedenen Orten und

auch in ganzen Bezirken, z. B. Thüringen und Provinz Sachsen, die Leiter der Hilfsschulen die in den einzelnen Jahren gestellungspflichtig werdenden früheren Hilfsschulzöglinge unter Hinweis auf ihre geistige Schwäche den Zivilvorsitzenden der betreffenden Ersatzkommissionen namhaft gemacht. Das erste behördliche Eingreifen in dieser Angelegenheit erfolgte vor 2 Jahren im Bereich des IX. Armeekorps, dessen Oberkommando zum Zweck der Rücksichtnahme auf die geistige Schwäche der früheren Hilfsschulzöglinge bei der Aushebung zum Militärdienst behufs Ermittlung derselben mit den Schulbehörden von Hamburg und Altona sich ins Einvernehmen setzte.

Nach Rücksprache mit Militärbehörden und -ärzten hat dann, um in größerem Umfange die vorliegende Frage zu fördern, der Vorstand des Deutschen Hilfsschulverbandes auf dem 5. Hilfsschulverbandstage 1905 in Bremen dringend den Verbandsmitgliedern empfohlen, dahin zu wirken, daß jedes Jahr zeitig bei den Zivilvorsitzenden der Ersatzkommissionen eine Liste der in dem betreffenden Jahre gestellungspflichtig werdenden früheren Zöglinge jeder Hilfsschule unter Beifügung der zur Identifizierung erforderlichen Personalien sowie von Zeugnissen und sonstigen Angaben von Belang mit der Bitte einzureichen, die Namen der Betreffenden in den Musterungslisten mit einem entsprechenden Vermerk versehen zu lassen. Dieses Ersuchen wurde durch ein Anschreiben des Vorstandes an die einzelnen deutschen Hilfsschulen zu geeigneter Zeit noch einmal zum Ausdruck gebracht. Es dürften somit im vorigen Winter fast sämtliche gestellungspflichtigen früheren Hilfsschulzöglinge zur Kenntnis der Ersatzkommissionen gebracht worden sein. Als wesentliche Schwierigkeit und Unvollkommenheit haftete diesem Modus jedoch die Unkenntnis der Schule über den Wohnort der seit ihrer Schulentlassung von dem Schulort verzogenen Schüler an.

Die Dringlichkeit der Sache veranlaßte den Vorstand des Hilfsschulverbandes weiter, die Frage des Militärdienstes der geistig Minderwertigen auf die Tagesordnung des Ostern 1907 in Charlottenburg stattfindenden 6. Hilfsschulverbandstages zu setzen. Hier soll sie in Referat durch einen durchaus in der Materie stehenden psychiatrisch geschulten Militärarzt und in Korreferat durch einen Hilfsschulpädagogen mit nachfolgender Besprechung eine gründliche Erörterung erfahren.

In sehr erfreulicher Weise hat nun aber die Angelegenheit in Preußen vor kurzem durch folgende Erlasse höchster Behörden wesentliche Förderung und Klärung erfahren:

Kriegsministerium
K.M.Nr. 991/8.06.A.1.I.Aug.
M.d.I.Nr.M.1394.
Betr. Endgültige Entscheidung über das Militärverhältnis der ehemaligen „Hilfsschüler“.

Berlin, den 20. Oktober 1906.

Unser Erlaß vom 8. Juni 1898 Nr. $\frac{\text{I. M. 1908}}{\text{1028 5. 98. A. 1}}$ verfolgt unter anderem den Zweck, zu verhüten, daß Militärpflichtige zum aktiven Dienst ausgehoben werden, bei welchen ein solcher Grad von geistiger Beschränktheit vorliegt, daß er die Ausbildung oder die Ausübung des militärischen Dienstes verhindert (Anlage 1 E 15 H. 9). Zur möglichst frühzeitigen Ermittlung solcher Leute halten wir es für zweckmäßig, künftig die Einrichtung von Schulen für schwachbegabte Kinder — sogenannte „Hilfsschulen“ —, welche im letzten Jahrzehnt wesentlich vermehrt worden sind, für die Entscheidungen über Militärpflichtige nutzbar zu machen. Der Herr Minister der geistlichen usw. Angelegenheiten hat auf unser Ersuchen, um den Zivilvorsitzenden der Ersatzkommissionen die Feststellung solcher ehemaliger „Hilfsschüler“ zu erleichtern, Anordnungen dahin getroffen, daß in denjenigen Bezirken, in denen sich bereits derartige Hilfsschulen befinden, deren Leiter alljährlich ein namentliches Verzeichnis der aus ihren Schulen entlassenen Hilfsschüler unter Beifügung von Abgangszeugnissen sowie von sonstigen ihnen geeignet erscheinenden Beurteilungen (ärztlichen Zeugnissen usw.) dem zur Führung der Rekrutierungsstammrollen verpflichteten Vorsteher der Gemeinde zu übermitteln, der sie an den Zivilvorsitzenden der für den Ort der Schule zuständigen Ersatzkommission einzusenden hat.

Hierzu bestimmen wir folgendes:

1. Die Zivilvorsitzenden der Ersatzkommissionen haben das ihnen zugehende Material nach den Geburtsorten der betreffenden Schüler zu sichten und dasjenige für Schüler, die außerhalb des Bezirkes geboren sind, den zuständigen Zivilvorsitzenden zuzustellen.

2. Die Zivilvorsitzenden der Ersatzkommissionen, welchen die Entscheidung über die Aufbewahrung des Materials sowie über Anlegung einer besonderen Kontrolliste bis zum Eintritt der betreffenden in das militärpflichtige Alter überlassen wird, haben dafür Sorge zu tragen, daß ein diesbezüglicher Vermerk in die Rekrutierungsstammrolle, alphabethische und Vorstellungsliste aufgenommen wird. Gelangen ehemalige Hilfsschüler zur Musterung oder Aushebung, so sind sämtliche von dem Schulvorstande über den Vorzustellenden zu erhaltenden Vorgänge dem zum Ersatzgeschäft kommandierten Sanitätsoffizier zur Einsicht vorzulegen.

3. Gehen auf Grund des § 49, 1 und 86, 1 WO. bei dem Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission des Geburtsortes Mitteilungen über Aushebung oder Einstellung von Mannschaften ein, so ist bei Berichtigung der Grundlisten zu prüfen, ob in diesen etwa ein Vermerk über den früheren Aufenthalt des betreffenden in einer Hilfsschule vorhanden ist. Zutreffendenfalls ist eine entsprechende Nachricht unter Beifügung etwaiger Vorgänge dem Truppenteil, bei welchem die Einstellung erfolgt ist, zuzustellen.

4. Wird ein eingestellter Mann, über welchen eine Mitteilung nach Ziffer 3 dem Truppenteil zugegangen ist, als dienstunbrauchbar zur Disposition der Ersatzbehörden entlassen, so hat der Truppenteil die ihm von dem Zivilvorsitzenden zugestellten Vorgänge dem Überweisungsmateriale beizufügen.

Bemerkt wird noch ausdrücklich, daß durch die frühere Zugehörigkeit eines Militärpflichtigen zu einer „Hilfsschule" noch keineswegs von vornherein seine Untauglichkeit zum Heeresdienst als erwiesen angesehen werden darf. Es muß vielmehr auch fernerhin der jedesmaligen Prüfung (erforderlichenfalls in Verbindung mit eingehender Beobachtung) von Fall zu Fall der zur Beurteilung über die Tauglichkeit berufenen Organe überlassen bleiben, ob ein ehemaliger „Hilfsschüler" als tauglich zu erachten ist oder nicht.

Wir ersuchen hiernach die Truppenteile und Ersatzbehörden mit entsprechender Anweisung versehen zu wollen.

Ich, der Kriegsminister, bemerke noch, daß ich die Einführung einer gleichen Maßnahme in den Bundesstaaten bei dem Herrn Reichskanzler anregen werde.

Der Kriegsminister. Der Minister des Innern.

An die Königlich Preußischen Ersatzbehörden III. Instanz.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten
U III AN 3665.

Berlin W 64, den 7. Nov. 1906.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Kriegsminister und dem Herrn Minister des Innern veranlasse ich die Königliche Regierung, die Leiter der Hilfsschulen anzuweisen, daß sie jährlich ein Verzeichnis der aus ihren Schulen nach beendigter Schulpflicht entlassenen Schüler unter Beifügung von Abgangszeugnissen, sowie von sonst ihnen geeignet erscheinenden Beurteilungen (ärztlichen Zeugnissen usw.) an die Gemeindevorsteher, die zu der Anlegung der Rekrutierungsstammrollen verpflichtet sind, zwecks Übermittlung an den Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission einsenden.

An sämtliche Königliche Regierungen.

Besonders hervorgehoben sei aus dem ersten Erlasse das unter 3. Gesagte. Es dürfte danach in Zukunft wohl nur noch selten der Fall eintreten können, daß, wenn wirklich ein früherer Hilfsschulzögling fürs Heer ausgehoben wird, nicht wenigstens der betreffende Truppenteil davon Kenntnis erhält, daß es sich hier um einen mit gewisser Rücksicht und Vorsicht zu behandelnden Rekruten handelt. Man wird danach z. B. schon die Wahl des ausbildenden Korporalschaftsführers treffen, vor allem aber das gesamte Verhalten des Rekruten ganz anders beurteilen, nicht so leicht geneigt sein als Böswilligkeit auszulegen, was nur in mangelnder Leistungsfähigkeit seinen Grund hat, und überhaupt die gesamte Ausbildung zunächst

mehr oder weniger nur als einen Versuch betrachten. — Überaus dankenswert ist auch das am Schluß des Erlasses ausgesprochene Vorhaben des Kriegsministers, auf Herbeiführung der gleichen Maßnahmen auch in den übrigen Bundesstaaten hinwirken zu wollen.

Die Truppenteile sind durch die Korpskommandos von dem Inhalt des ersten Erlasses in Kenntnis gesetzt worden.

Um die Erlasse sofort wirksam zu machen, wird es Sache der Hilfsschulen sein, die in den letzten 5 Jahren entlassenen Zöglinge sogleich den angegebenen Behörden mit dem erforderlichen Material bekannt zu geben. Die Arbeit der Behörden aber wird reiche Früchte tragen, da bereits ca. 1800 Knaben alljährlich aus den deutschen Hilfsschulen entlassen werden.

Über einen Fall von Mikrocephalie.

Von

Dr. G. **Montesano**, Primärarzt.

(Aus dem anatomisch-pathologischen Laboratorium der Irrenanstalt zu Rom, Prof. G. Mingazzini, pädagogisch-medizinische Abteilung.)

Mit 1 Tafel und 6 Abbildungen im Text.

Ich hatte vor einigen Jahren Gelegenheit, ein kleines mikrocephales Mädchen eingehend und mehrfach bei Lebzeiten zu beobachten. Nach ihrem Tode glaubte ich den Fall zum Gegenstand eines ganz speziellen Studiums sowohl in psychischer wie in pathologisch-anatomischer Hinsicht machen zu müssen. Ich bin daher in der Lage, das Resultat meiner Forschung darzulegen.

Krankengeschichte von D. H. Agnes, geboren zu Rom 1891.

Den Erkundigungen zufolge, die von den Eltern eingezogen worden waren, schien es, als habe die Großmutter väterlicherseits einen kleinen Kopf und ein etwas prominentes Gesicht gehabt, und als habe jede ihrer Töchter dieselben charakteristischen Merkmale besessen. Der Großvater mütterlicherseits soll einen launischen Charakter gehabt haben und dem Weine stark zugetan gewesen sein. Die Großmutter mütterlicherseits, die noch lebt, hat viele Jahre an Migräne (Hemicrania ophthalmica) gelitten (Trübung der Sehkraft, Erscheinung von Lichtkreisen, Unmöglichkeit die Lider während des Anfalls zu schließen), welche mit Erbrechen verknüpft war. Sie litt dann infolge davon an Muskel- und Gliederschmerzen, verbunden mit dem Gefühl von Leere im Kopf und zeitweisen Anschwellungen der Glieder oder Gelenke. Seit vielen Jahren wird sie häufig von Schwindelanfällen heimgesucht, die von kurzer Dauer sind, bei denen sie aber leicht

das Gleichgewicht verliert, so daß sie sich stützen muß, um nicht umzufallen.

Der Vater gesund, noch am Leben, und im Besitz einer vorzüglichen Konstitution. Die Mutter, 9 Jahre jünger als er, litt mit 16 Jahren an einer vorübergehenden geistigen Störung, verbunden mit einem Gefühl der Verwirrung im Kopfe. Es zeigten sich Gesichts- und Gehörstäuschungen, sie glaube Schießpulver aufflammen zu sehen, hörte ihr drohende, sie verfolgende Stimmen oder es schien ihr, als ob die Familienglieder oder fremde Personen sie feindlich anblickten. Auch litt sie an Angst, getötet zu werden, an ungerechtfertigtem Zweifel, daß der Vater getötet worden sein könne; sie verweigerte die Nahrung, legte eine ausnehmende Andacht bei religiösen Übungen an den Tag, hielt lange Selbstgespräche usw. Der Anfall dauerte etwa eine Woche, dann verschwand er vollständig, wiederholte sich aber in unregelmäßigen Zeiträumen von verschiedener Dauer, von einer Woche bis zu 2 Monaten, bis die Menstruation mit 18 Jahren einsetzte.

Mit 25 Jahren heiratete sie, mit 26 Jahren schenkte sie einer Tochter das Leben und während der Zeit des Nährens wurde sie wieder von einem psychopathischen Zustand heimgesucht; einen weiteren hatte sie bei der vierten Entbindung, und dauerte derselbe 10 Tage; noch einen, während sie das fünfte Kind stillte, und zwar 7 Monate nach dessen Geburt. Diesmal dauerte der Zustand aber etwa 2 Jahre und es stellten sich außer den gewöhnlichen Anzeichen noch Schlaflosigkeit, Hämmern in den Schläfen, Angstgefühle und Parästhesien der Temperaturempfindung ein.

Von den Brüdern und Schwestern der Patientin (im ganzen sieben) leben noch vier. Das älteste Kind, ein Mädchen, litt in der Jugend an Rachitis und dann an einer Augenkrankheit; gegenwärtig zeigt sich bei ihr divergentes Schielen auf dem rechten Auge. Die Schädelbildung ist normal, und ebenso die Entwicklung der Intelligenz. Das zweite Kind war ebenfalls weiblichen Geschlechts. Auch dieses litt in der ersten Jugend an leichter Rachitis; es lebt, körperlich kerngesund und geistig normal entwickelt.

Das dritte, männlichen Geschlechts, wurde nach Aussage der Mutter nach zehnmonatlicher Schwangerschaft geboren, kam tot zur Welt, denn es hatte einen so enorm großen Kopf, daß man bei der Geburt zur Craniotomie schreiten mußte.

Das vierte Kind, ein Mädchen, wurde tot geboren.

Das fünfte war Agnes, die nach einer regulären Schwangerschaft zur Welt kam.

Das sechste, mit Namen Elvira, wurde nach weiteren 5 Jahren geboren. Bei ihr machte sich kurze Zeit nach ihrer Geburt schon ein auffallend kleiner Schädel bemerkbar, der in keinem Verhältnis zum Gesicht stand, und so blieb es in der Folge bei ihr. Im Alter von 2 Jahren wurde sie von Prof. SCIAMANA[1]) untersucht. Wenn man sie aufrichtete,

[1]) Über zwei mikrocephalische Schwestern. Rivista di Psicologia. Psichiatria e Neuropatologia. Anno II 15 Band 1—XII 1898.

konnte sie nicht allein auf den Füßen stehen, setzte man sie auf die Erde, war sie nicht fähig sich zu erheben oder umzudrehen; die Körperfunktionen waren normal, sie ließ Urin, ohne sich vorher zu melden, führte alle Gegenstände zum Munde, die ihr in die Hände gerieten, saugte gern an den Fingern der rechten Hand, nie an denen der linken, kannte jeden Gegenstand, der mit der Befriedigung ihres Hungers in Verbindung stand, (Tasse, Glas). Augenblicklich (Juli 1905) befindet sich Elvira in der medizinisch-pädagogischen Abteilung der Irrenanstalt S. Maria della Pietà in Rom. Über eine kürzlich im Observationssaal derselben stattgefundene Untersuchung teilen wir aus dem Bericht des betreffenden Arztes Dr. MAJANO folgendes mit: Knochenbau regulär, leichte Spuren fortschreitender Rachitis (Anschwellung der Gelenkknochen an Hüfte und Knie), Mikrocephalie in hohem Grade und Trigonocephalie mit geradförmiger Erhebung in der Pfeilnaht, einer angedeuteten, weit zurückfliehenden Stirn von niedriger fast dreieckiger Form, hochgeschwungene Augenbrauen, stark gewölbte hervorragende Supraorbitalbeine. Nasenansatz und Nase der Azteken. Das Gesicht überragt den Schädel, es besteht stufenartig nach den Zähnen sich verschiebender vollständiger Prognathismus des Gesichtes; asymmetrische Bildung desselben infolge Mehrentwicklung der rechten Gesichtshälfte; zurückfliehendes Kinn, markante Einschnitte fehlen gänzlich. Starke Zwischenräume zwischen den unteren Schneidezähnen; sägeartig eingeschnittene Zahnränder; sehr große Augenlider; sehr weit hinten angewachsene, große, schräg abstehende Ohren, Typus Wildermuth, mit hervortretendem Antitragus; links ist das DARWINsche Knötchen typisch und an den Rändern des äußeren Ohrrandes tritt ein Einschnitt zutage. Asymmetrie der intertragischen, rechts schrägen, tiefen, links leicht eingekerbten Incisuren. Kurze, krause Haare. Doppelter Wirbel. Seitlich stärker hervortretende Hüfte als es sonst die Jahre mit sich bringen. Tendenz zu einem zum Greifen bestimmten Fuß, sehr entwickelte Schwimmhäute.

Größter Längsdurchmesser des Schädels	120	mm
„ Querdurchmesser	104	„
„ Kopfumfang	265	„
Querkurve	210	„

Konvergentes Schielen hohen Grades links, Lähmung des Rectus externus links. Funktionelle Parese der Muskeln. Die feinen koordinierten Bewegungen der Finger fehlen gänzlich. Die aufrechte Stellung ist möglich, aber gewöhnlich bleibt der Rumpf geneigt, und so ist es auch beim Gehen. Der Gang ist hüpfend, mit etwas abduzierten unteren Extremitäten, besonders rechts. Etwas ungleiche Papillen (die linke größer). Die Sensibilität gut entwickelt, ausgenommen für Kälte. Geruchssinn in der osmo-gustativen Periode. Vorherrschen des Ichgefühls und Muskelsinnes. Spontane, schnelle, oberflächliche, wechselnde Aufmerksamkeit; die geweckte Aufmerksamkeit ist nur von kurzer Dauer, automatische Bewegungen (Klatschen der Hände, grußartiges Nicken mit dem Kopfe, Streichen der Hände über die Haut des nackten Körpers). Vollständige Aphasie. Das Kind weint fast nie, schleppt sich überall

herum, und zerbricht alles, was ihm in den Weg kommt. Vollständige Unsauberkeit.

Eine siebente 1893 geborene Tochter litt in der ersten Kindheit an leichter Rachitis. Jetzt ist sie wohlauf und im Besitz einer normalen Intelligenz. Das letzte Kind war ein 1902 geborener und wieder gestorbener Knabe. — Bei Agnes zeigten sich in den ersten Monaten ihres Lebens keinerlei Merkmale eines anormalen Knochenbaues. Mit 7 Monaten litt sie einige Zeit an Schwellungen und Geschwürbildungen an den Lippen und dem Zahnfleische. Der Durchbruch der Zähne und das Gehenlernen vollzog sich zur normalen Zeit ohne Unterstützung, nicht so die Entwicklung der Sprache. Mit 3 Jahren erst begann sie einige zwei- oder dreisilbige Laute (wie tata, mama, mima) zu stammeln, und auf diesem Standpunkte verharrte sie.

Als sie mit 7 Jahren von Prof. SCIAMANNA untersucht wurde, hatte sie eine Höhe von 77,5 cm erreicht. Die Spannbreite der Arme betrug 85 cm, der gesamte Schädelumfang 345 mm, der vordere halbe Schädelumfang 178 mm, der Längsdurchmesser 112, der Querdurchmesser 38 mm. der geringste Frontaldurchmesser 78. Die Formen waren mehr die einer Frau, als die eines ihrem Alter entsprechenden Kindes.

Es wurde beobachtet, daß sie die unteren Gliedmaßen beim Gehen etwas krumm hielt. Sie machte kurze kleine Schritte, nickte oder schüttelte häufig rasch mit dem Kopf, als ob sie etwas bejahen oder verneinen wolle. Ihre Aufmerksamkeit wurde leicht von neuen Gegenständen angezogen, das Kind wollte sie oft ergreifen und küssen. Häufig grüßte es auch mit der Hand, wenn es sich beobachtet sah; zum Weinen war es nicht leicht zu bringen, wenn man sich ihm widersetzte, sein Lächeln hingegen war kurz und nicht von all den Äußerungen kindlicher Freude begleitet. Es aß allein und beschmutzte sich leicht dabei. Nicht selten äußerte es den Wunsch, Nahrung aufzunehmen dadurch, daß es sich bemühte, die Mutter an den Ort zu zerren, wo diese aufbewahrt war. Es ließ Urin ohne sich zu melden, oft hingegen gab es durch Winseln die Notwendigkeit zu erkennen, daß es zu Stuhl mußte, und nicht selten setzte es sich plötzlich von selbst auf den Topf. Agnes kannte die Familienglieder. und gehorchte dem Ruf der Mutter und der älteren Schwestern, zeigte Furcht vor dem Feuer und Angst, wenn sie mit lauter Stimme gescholten wurde. Eine besondere Zuneigung legte sie für niemand an den Tag.

Später machte sich bei ihr eine leicht erregbare Unruhe und Impulsivität, sowie die Neigung geltend, mit anderen Kindern gleichen Alters zusammen zu sein, auch gern aus dem Hause zu entschlüpfen. Im September 1900 kam sie in die Irrenanstalt S. Maria della Pietà, und nach wenigen Monaten in die pädagogisch-medizinische Abteilung der Nationalstiftung zum Besten schwachsinniger Kinder.

Gegenwärtiger Zustand (Januar 1901). Die Kleine mißt in der Länge 1,02 m, der antero-posteriore Durchmesser des Thorax beträgt 13 cm, der Querdurchmesser 15,5 cm, der Thoraxumfang beträgt 58 cm. Gewicht 19,300 kg.

Der Schädel ist klein, zeigt eine fast runde, symmetrische Form, die Stirn ist ein wenig gewölbt, sie flieht nach hinten; der Hinterkopf ist geschweift. Die Haare sind kastanienbraun, in normaler Fülle vorhanden und setzen tief in der Stirn an, ein einzelner Wirbel sitzt schief nach links. Augenfälliger Gesichtsprognathismus. Starke, hochgeschwungene kastanienbraune Augenbrauen. Mittellange, etwas schräg gestellte Wimpern, augenfälliger Exophthalmus, kastanienbraune Iris, gleichmäßige Pupillen, große, spitzzulaufende Ohren, bei der die inneren Ohrränder die äußeren überragen, lange schräge Fossa intertragica. Die Nase von gewöhnlichem Typus. Aufgeworfene Oberlippe, Unterlippe hervortretend und sich umkippend. Sehr große Zähne, der obere Augenzahn hat eine ungewöhnliche Stellung, der untere ist sägeartig gezackt; Zwischenräume zwischen den Schneidezähnen, besonders zwischen den beiden oberen Medianen. Fast flacher Gaumen. Große Zunge mit breiter, leicht gespaltener Spitze. Fliehendes Kinn. Affenartige Wirbelsäule mit einer einzigen Biegung. Neigung zur Hypertrichosis in der Lendengegend. Kurze Nägel.

Die Hautfarbe ist blaßbraun, die der Schleimhäute gewöhnlich rosa. Der Ernährungszustand ist gut, das Fett bescheiden entwickelt. Bei der Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ist nichts Pathologisches zu bemerken, nur wird die Kleine zeitweise von Durchfall heimgesucht, der durch ihre Eßgier verursacht wird. Die Gefühls- und Muskelapparate sind intakt. Bemerkbar macht sich nur eine leichte Conjunctivitis trachomatosa.

Der trophische Zustand der Muskeln ist ein guter, passive Bewegungen gehen ohne Schwierigkeit vor sich. Muskelkraft der Hände bei spontanen und reaktiven Bewegungen für das Alter normal. Es fällt auf, daß die Patientin sich gewöhnlich der r. oberen Extremität mehr als der l. bedient. Eine leichte Erhöhung der Kniereflexe ist vorhanden. Hautreflexe am Bauch und Oberkörper ohne Besonderheit, die Pupillenweite zeigt keine Veränderung bei schmerzhaften Reizen. Nachts tritt oft unbewußt Urin- und Kotabgang ein. Beständig fließt Speichel aus dem Mund. Macht man auf die Schmerzempfindlichkeit die Probe mit einem einfachen elektrischen Strom mittels lederüberzogenen Elektroden, so fehlt jede Reaktionsbewegung von seiten der Patientin, selbst wenn man die Pole bis auf den höchsten Grad einander nähert, während Kontrollobjekte gleichen Alters intensiven Schmerz äußern, wenn die inneren Extreme der beiden Pole 6 cm voneinander entfernt sind.

Erziehung der Sinne und der Bewegungen (Beobachtungen vom Januar 1901 bis zum März 1903).

Die Patientin ist imstande zu lutschen, schlingen, kauen, den Kopf nach verschiedenen Seiten zu bewegen, Gegenstände ins Auge zu fassen, auf den Füßen zu stehen, allein zu gehen, die Treppen auf und niederzusteigen, sich auf den Stuhl zu setzen, sich von der Erde aufzurichten, zu hüpfen, zu laufen usw.

Wenn sie geht, ist der Rumpf ein wenig geneigt. Dabei bewegt sie sich mehr mit kleinen Sprüngen als mit wirklichen Schritten vorwärts. Bei den gemeinsamen Gehübungen ist der Gang regelmäßiger. Ferner ist

die Kleine fähig, etwas zu greifen. Sie hebt Gegenstände von der Erde auf und schleppt sie von einer Stelle zur anderen. Es gelingt ihr ferner mit Hilfe des Löffels Nahrung zum Munde zu führen und sich zum gleichen Zwecke des Glases zu bedienen, ohne dessen Inhalt zu verschütten. An- und Ausziehen kann sie sich nicht allein. Jedoch gelingt es ihr, die Leinenstücke aufzuknöpfen und aufzuhaken, die zu Lehrzwecken besonders hergestellt sind.

Sie kann die Tür allein öffnen und schließen, die Schubladen aufziehen und zuschieben usw. Sie machte grüßende Handbewegungen, sie verneint und bejaht, zeigt auf andere und auf sich. Sie verfügt über unwillkürliche Bewegungen der Verteidigung und des Zornes, sowie über viele unregelmäßiger Art, z. B. sich nach allen Seiten hin zu bewegen, die aber manchmal mit einem Zweck verknüpft sind, wie z. B. einen Gegenstand einer Person näherzurücken, sich das Gesicht mit den Händen zu bedecken, den Kopf zu senken, sich von einem Händedruck zu befreien, Fußtritte auszuteilen usw. Von einfacher Fußbodengymnastik ist es ihr allmählich gelungen, die gemeinsamen Übungen mitzumachen, sowie individuell das Ausrecken der Arme, Kniebeugung und Emporschnellen auszuführen, auch sich in den Zustand der Ruhe und Aufmerksamkeit zu versetzen.

Sehr mühsam gelang es, ihr im Schreibheft das Ziehen von Strichen auf punktierten Linien sowie die bescheidensten Anfänge Fröbelscher Nähkunst beizubringen.

Von ihrer Persönlichkeit bat sie genügendes Bewußtsein. Wenn sie etwas sieht, was ihr gefällt, zeigt sie mit dem Finger auf sich, damit man es ihr geben soll; ruft man sie, kommt sie schnell angelaufen.

Wenn die Patientin sich bewegt, schiebt sie sorgfältig die Gegenstände beiseite, die sich ihr als Hindernis in den Weg stellen, wie sie auch bei anderen Reaktionen (z. B. beim Zufassen) den Punkt auf dem die Gegenstände stehen, richtig erkennt, und ihre Bewegungen den Erfahrungen ihres Seh-, Fühl- und zum Teil auch Hörvermögens richtig anzupassen versteht. Von vielen beweglichen Gegenständen und Gebrauchswerkzeugen, zwischen denen sie lebt, kennt sie Zweck und Wert, und zwar sind das solche, die in direkter Beziehung mit der Befriedigung instinktiver physiologischer Bedürfnisse stehen, oder ihr am häufigsten in die Augen fallen. So kennt sie, außer den ihr gewöhnlich gereichten Speisen, die Näpfe, die Teller, den Löffel, die Serviette, das Tischtuch, den Stuhl, die Bank und alle anderen Geräte und Möbel ähnlicher Art, die sich im Eß-, Schlaf- und Wohnraum oder der Schule befinden. Ferner die persönlichen Gebrauchsgegenstände, als Kleid, Tuch, Wäsche; die Gegenstände in der Schule (Papier, Hefte, Bleistift, Kreide, Feder, Tintenfaß) usw. Sie erkennt auch die Hauptteile eines geschlossenen oder offenen Raumes (Tür, Fenster, Fußboden, Wand, Treppe, Bäume, Gitter, Springbrunnen, Haus, Straße). An vielen Gegenständen kennt sie die Teile, die zu dem Gebrauch unentbehrlich oder für sie von besonderem Wert sind. So greift sie bei einer geschlossenen Tür sofort nach der Klinke, um sie zu öffnen, bei Tischen, Schränken, Kommoden versucht sie Kästen und Türen zu öffnen, in der Hoffnung, darin einen erwünschten Gegenstand zu finden. Fällt ihr ein Kleid in die Hände, so greift sie zu gleichem Zweck sofort in

dessen Tasche, von jedem verschlossenen Kasten versucht sie den Deckel zu öffnen usw. Von Personen unterscheidet sie die Lehrer und Lehrerinnen, die Krankenpflegerin, die Gefährtinnen, mit denen sie gewöhnlich in Berührung kommt, den Arzt, den sie auch täglich sieht. Wenn sie morgens ihre Klassenlehrerin kommen sieht, läuft sie ihr entgegen, ergreift ihre Hand, führt sie in die Schule und erst wenn diese ihren gewöhnlichen, ihr wohlbekannten Platz eingenommen hat, gibt sie sie frei. Wenn sie den Arzt erblickt, steht sie auf und grüßt. Sieht sie, daß er ihr zu nah kommt, macht sie Miene zu fliehen, und versucht, in Erinnerung einiger ihr von ihm zugefügten schmerzhaften Prozeduren, sich zu verstecken. Erblickt sie den Musik- oder den Turnlehrer, so klatscht sie vor Freude in die Hände, und läuft schnell an ihren Platz, um an den gemeinsamen Übungen teilzunehmen.

Agnes erkennt auch Mutter und Schwestern, wenn diese sie im Zeitraum von 8—14 Tagen besuchen, und weiß genau, daß sie ihr gewöhnlich Süßigkeiten und Früchte mitbringen. Kaum wird sie der Ihren gewahr, so nimmt sie sie bei den Händen, wühlt in ihren Taschen, um sich dessen zu bemächtigen, was ihr erwünscht ist. Von den Tieren erkennt sie die, die sie häufig sieht (Hunde, Katzen, Hühner, Pferde, Schmetterlinge). Ferner begreift sie alle die Handlungen, die zum gewöhnlichen Leben in der Anstalt gehören oder sich auf persönliche Zufälle beziehen, z. B. Fegen, Tisch decken, Schularbeiten, Spiele usw. Sie erfaßt auch solche, die Gefahr bringen und schnelle instinktive Maßnahmen der Notwehr halber erfordern.

Aus einer Reihe Übungen, die sie in der Schule leicht begriffen hatte, ergab sich, daß die Kleine die Fähigkeit besitzt, verschiedene Zeitmaße zu unterscheiden, einige Raum- und Maßbezeichnungen, sowie einfache geometrische Formen, Dimensionsdifferenzen zu merken. So gelingt es der Kleinen, Multiplikationshandlungen mit derselben Ordnung auszuführen, mit der sie vorher von anderen ausgeführt wurden (z. B. die Arme in drei verschiedene Stellungen nach dem Klang der Musik zu bringen, während vier ihr nicht gelingen). Sie vermag die Schnelligkeit der Schritte, und des Indiehändeklatschens herabzumindern, gleich ihren anderen Gefährten, und wie die ihr vorgespielte Melodie es erfordert. Die Nachahmung ist nicht immer vollkommen, aber doch so, daß sie den zu folgenden Rhythmus richtig angibt. Die Patientin hat ferner gelernt, Zusammenstellungen von zwei Würfeln in verschiedenen zueinander gehörigen Stellungen nachzuahmen (einer auf, neben oder vor dem anderen). Dies fällt ihr leichter, wenn die Würfel verschiedene Farben haben. Konstruktionen mit drei Würfeln gelingen ihr nicht. Jedoch vermag sie zwei Stäbe so zusammenzubauen, daß sie einen Winkel bilden und in primitiver Weise die Größe des vorbildlichen Winkels vorstellen. Sie ahmt ganz geschickt Zusammenstellungen nach, bei denen zwei verschiedene geometrische Figuren zusammengefügt werden (z. B. eine Kugel auf einen Würfel, einen Zylinder auf einen Würfel, eine Kugel auf einen Zylinder, eine Pyramide auf einen Würfel usw.). Auch wenn diese verschiedene Größen haben (einen kleinen Würfel auf einen großen, einen kurzen und einen langen Stab usw.). Sie ordnet kreisrunde, drei- und viereckige Täfelchen genau in die Einschnitte, in die sie gehören, selbst wenn sie keine verschiedenen Farben haben.

Nicht ganz so gut gelingt es ihr hingegen die gleichen Täfelchen auf Pappkartons zu setzen, auf denen analoge Figuren aufgezeichnet sind, außer wenn erstere eine andere Farbe besitzen. Sie ordnet auch solche Täfelchen richtig ein, die nur Dimensionsdifferenzen zeigen. Auf mündlichen Befehl nimmt sie ein Täfelchen von einem Häufchen, nie zwei, will sie aber Konstruktionen von zwei gleichen Formen nachahmen, so nimmt sie jedesmal das Paar gleich zusammen von dem Haufen. Aus einer Reihe anderer in der Anstalt gebräuchlicher Übungen zur Erziehung der Sinne ergab sich, daß die Patientin imstande ist, einzelne Eigenschaften und quantitative grobe Unterschiede an einer gleichen Gattung zu unterscheiden.

Von zwei äußerlich außer in der Farbe ganz gleichen Ballons, von denen der eine einen angenehmen, der andere keinen Ton abgibt, lernt sie z. B. leicht den tönenden auf Grund seines Farbenunterschiedes erkennen. Ferner ist es leicht, sie daran zu gewöhnen, drei verschiedenfarbige (etwa 5 cm breite, 15 cm lange) Täfelchen auf entsprechende Figuren zu setzen oder Würfelkonstruktionen nachzuahmen, die sich nur in bezug auf Farbe, Helligkeit oder Hervortreten eines besonderen Glanzes voneinander unterscheiden. (In diesem zweiten Fall müssen sie sehr in die Augen fallend sein.) Schließt man ihr die Augen, und wird sie von einer ihr bekannten Persönlichkeit gerufen, so wendet sie sich sofort nach der Seite, von der der Ton kam. Hat die Person aber inzwischen ihren Platz gewechselt, so sucht sie diese, nachdem sie ihre Augen wieder geöffnet, geht auf sie zu und beweist, daß sie sie auf Grund ihrer Stimme erkannt hat. So steht auch fest, daß sie fähig ist, die gebräuchlichsten Gegenstände an dem besonderen Lärm zu erkennen, den sie verursachen, wenn sie gerückt oder umgestoßen werden. Hört sie z. B. Teller und Gabeln klappern, so klatscht sie erfreut in die Hände, wenn die Schulglocke läutet, gehört sie zu den ersten, die aufsteht und sich den Gefährtinnen anreiht.

Wird sie mit geschlossenen Augen von einer im Nebenzimmer oder angrenzenden Garten befindlichen Person gerufen, so eilt sie, sobald sie die Augen wieder geöffnet hat, an die Tür oder das Fenster und weiß sofort die Richtung bis zu einem gewissen Grade sogar die Entfernung, richtig einzuschätzen, von der der Klang herkam. Sie vermag das Händeklatschen anderer Anwesender fast genau nachzuahmen. Bei den Turnübungen mit Musikbegleitung beweist sie, daß sie die einfachen Rhythmen (bis zu zwei oder drei) begreift, und es ihr leicht wird bei dem Wechsel von stark und schwach Schritt zu halten. Sie hat auch bewiesen, daß sie zwei einfache Töne von verschiedener Höhe voneinander unterscheiden kann. Nimmt man zwei völlig in Form und Umfang gleiche Kästen, die Töne von sich geben, wenn sie angestoßen werden, und tut in den ersten einen für die Patientin wertvollen Gegenstand, so gewöhnt sich diese rasch denselben auf Grund seines Tones zu erkennen.

Ihr vertraute Gegenstände erkennt sie durch Befühlen und gibt man ihr deren mehrere in die Hand, so reicht sie den ganz richtig, den man von ihr verlangt hat. Von zwei sich nur durch verschiedene Länge (2 cm) und Breite (1 cm im Durchmesser) unterscheidende Pfeifchen, von denen das eine tönt und das andere nicht, erkennt sie ohne die Augen darauf zu richten, das klingende heraus. Von zwei gleich großen Gummikugeln, deren eine Oberfläche mit einer körnigen Zuckerkruste, die andere glatte

mit einer bitter schmeckenden überzogen ist, führt sie nach kurzer Erfahrung durch das Sehen, stets die ersteren mit geschlossenen Augen zum Munde. Trotzdem eine der Kugeln aus Kautschuk, die andere aus Holz besteht, und beide ganz gleich an Farbe, Umfang und Gewicht sind, gelingt es ihr schnell, sich durch Befühlen zu vergewissern, welche sie wähle will. So macht sie es auch mit zwei Puppen, von denen die eine aus Kautschuk ist, und unter dem leichten Druck ihrer Hände einen pfeifenden Ton von sich gibt. Bei zwei bis auf einen Gewichtsunterschied von 20 g ganz gleichen Schachteln, von denen die eine gewöhnlich ihr erwünschte Gegenstände enthält, die andere nicht, gelingt es ihr bald auf Grund des verschiedenartigen Gewichts die zu wählen, die für sie Wert hat. Gibt man ihr in eine süße Flüssigkeit getauchte Wattebäusche zur Probe gleichzeitig mit anderen ganz trockenen in die Hand, so führt sie auf Grund der Feuchtigkeitsempfindung nur die ersteren zum Munde.

Berührt man die Kleine sanft mit einer Feder, während sie auf andere Sachen achtet, so unterbricht sie sofort ihre Beschäftigung und wendet sich nach der Seite, von der die Berührung kam. Neugierig betrachtet sie dann die Personen, die neben ihr stehen. Mit geschlossenen Augen faßt sie richtig nach der berührten Stelle, nachdem man ihr mit vorbereitenden Übungen begreiflich gemacht hat, daß man sie mit Gegenständen berührt, die Wert für sie haben. Das Experiment gelingt auch dann, wenn man sie vorher aus ihrer gewöhnlichen Stellung bringt (z. B. ein Glied anders legt als sonst, oder ihren Kopf auf die Seite neigt usw.). Es gelingt ihr ferner mit geschlossenen Augen nach kurzem Üben mit ziemlicher Genauigkeit in Richtung und Ausdehnung eine nicht zu schwierige aktive oder passive Bewegung auszuführen, wenn diese sie in den Besitz eines ihr zu dem Zweck hingehaltenen Gegenstandes bringt. Sie vermag auch fortlaufende aktive oder passive Bewegungen rasch, wenn auch nur in grober Weise auszuführen. Soll sie z. B. im Zeitraum von 5 Sekunden 15 mal in die Hände klatschen, so brachte sie es von 5 auf 8 mal in 3 Sekunden. Von zwei bis auf den Henkel ganz gleichen Schachteln, von denen der eine aus einem einfachen Draht, der andere aus zwei 5 cm voneinander abstehenden Drähten hergestellt ist, gewöhnt sie sich rasch die Schachtel herauszufinden, die für sie Wert hat, vorausgesetzt, wenn sie ihr wünschenswerte Gegenstände enthält. Sie erkennt sie mit geschlossenen Augen dadurch, daß sie bald den einen, bald den anderen Henkel befühlt. Sie beweist auch, daß sie für gröbere Druckempfindungen Sinn hat. Sanfte Zärtlichkeiten machen ihr Vergnügen, ein starker Druck hingegen belästigt sie, und wenn man den Druck ganz allmählich bis zu dem Grad verstärkt, wo er sie schmerzt, so sucht sie sich von ihm vorher zu befreien und zu entfliehen.

Die Patientin gibt Süßigkeiten dauernd vor anderen Geschmacksempfindungen den Vorzug. Viel mehr wie einfaches Wasser schätzt sie eine Lösung von Saccharin (1 : 20 000). Von zwei Saccharinlösungen, von denen die eine 1 : 5000 und die andere 1 : 15 000 enthält, zieht sie die erstere vor. Bei zwei anderen, von denen die eine aus 1 : 5000, die andere aus 1 : 10 000 besteht, bleibt sie gleichgültig. Sie ist ferner fähig, andere Geschmacksempfindungen zu unterscheiden, z. B. das Sauere von dem

Bitteren und Gesalzenen. Gibt man ihr Kugeln mit verschieden schmeckender Außenschicht, die in ihrer Mitte entweder eine süße Flüssigkeit oder Gummi enthalten, so gewöhnt sie sich bald nach kurzem Hin- und Herkosten nur die Kugeln zu wählen, die süße Flüssigkeit enthalten. Sie orientiert sich zu dem Zweck durch den Geschmacksunterschied der äußersten Schicht über den Inhalt der Kugeln.

Außer der Fähigkeit, am Geruch Lebensmittel oder Arzneien zu erkennen, deren Effekt ihr wohlbekannt ist — sie greift entweder danach oder stößt sie von sich — ist die Patientin auch nach kurzer Erfahrung im stande, zwei ungewöhnliche, ihr ganz fremde Gerüche voneinander zu unterscheiden, die in zwei äußerlich gleichenden Lösungen enthalten sind. Die eine muß dann aber süß, die andere streng riechen, damit sie die Wahl auf Grund des Geruches zu treffen vermag. Aus ähnlichen Versuchen hat sich schließlich die Fähigkeit der Patientin ergeben, ein warmes von einem kalten, und auch ein heißeres von einem kühleren Fläschchen zu unterscheiden (30—36° C.).

In bezug auf ihre Sinnesschärfe ist weiter festgestellt, daß sie im stande ist, Kirschen mittlerer Größe auf 6 m Entfernung zu entdecken. So hat man ihr, während sie gerade einen ihr interessanten Gegenstand mit Neugierde betrachtete, Kirschen in einer nicht zu sichtbaren entfernten Ecke gezeigt, und sie wandte sich rasch, um sie zu betrachten und nach ihnen zu greifen.

Schließlich ist noch erwiesen, daß sie, wenn man ihren Namen mit lauter Stimme in einer Entfernung von 5 m ausspricht, den Ruf vernimmt und begreift.

Für gewöhnlich gibt die Patientin keinen Laut von sich. Die phonische Sprache beschränkt sich auf einen Schrei in dem Zustand äußerster Freude oder äußersten Schmerzes. Der Gesichtsausdruck hingegen ist sehr beweglich und ausdrucksvoll und bedeutungsvolle Gesten sehr häufig. Letztere stehen ihr aber nur in einer sehr geringen monotonen Auswahl zu Gebote, und einige davon tragen einen stereotypen Charakter. Am häufigsten sind die des Bejahens und Verneinens mit dem Kopfe, des sich Herumbewegens, Händeklatschens, Fingerzeigens, militärischen Grußes usw. Befindet die Patientin sich in einer besonders aufgeregten Gemütsverfassung, so äußert sie gelegentlich Worte wie: Mein mein . . . Mama, o Gott! Ach! . . .

Sie erfaßt sehr gut den Sinn einfacher Gebärden, z. B. derjenigen, die ihr bedeuten, daß gegessen werden soll, daß sie gehen oder zu den sie rufenden Persönlichkeiten kommen soll, daß sie aufzustehen oder sich zu setzen habe usw. Von den Ausdrücken artikulierter Sprache versteht sie außer ihrem eigenen Namen mit Leichtigkeit die, welche sich auf ihr wertvolle Gegenstände, Personen, Handlungen beziehen, die man ihr aber früher mit Namennennung vorgeführt haben muß. So ist es auch mit der Bezeichnung der hauptsächlichsten Körperteile. Spricht man das betreffende Wort aus, so zeigt sie auf den Gegenstand, ob er sich nun tatsächlich oder in flächenhafter Zeichnung vor ihren Augen befindet, wenn sie nur die Wahl nicht zwischen einer zu großen Anzahl zu treffen hat. Nur selten begreift sie Ausdrücke von abstrakten Gegenständen. Es war unmöglich, ihr den Sinn derselben in Verbindung mit augenfälligen Eigenschaften (wie süß, rot, warm usw.) einzuprägen, selbst wenn man zu dem

Zweck ganz besondere Lehrmethoden wählte und sie viele Male wiederholte. Hingegen scheint sie ab und zu einen Ausdruck zu verstehen, der sich auf eine Eigenschaft oder ein Empfindungsmoment bezieht, z. B. schön, häßlich, gut. weh, Unglück, körperlicher Schmerz, Hunger. Fragt man sie z. B.: Wer ist schön? So zeigt sie auf sich; wer ist häßlich? So zeigt sie auf eine gelähmte Gefährtin. Wenn sie sich krank fühlt, und man sie fragt: Wo tut es dir weh? So zeigt sie gewöhnlich auf die richtige Stelle, wo sich der Schmerz geltend macht usw. Sie versteht ferner einige Kollektivbezeichnungen, wie solche, die sich auf Räumlichkeiten beziehen, z. B. Schule, Schlafsaal, Eßsaal, Garten, Kirche. Zeigt man ihr zwei oder drei genügend große farbige Bilder, die derartige Gegenstände mit ausreichenden Einzelheiten darstellen, so weist sie bei Nennung der Bezeichnung auf dieselben.

Unter dem Namen „Groschen" versteht sie jegliches metallische echte oder falsche Geld (Spielmarken) unter „Bonbon" alle Nahrung, die sie gern ißt, unter Spielzeug alle Gegenstände, mit denen sie sich gewöhnlich amüsiert. Alle kleinen Mädchen, mit denen sie lebt, begreift sie in dem Ausdruck „Gefährtinnen" und weiß aus derselben sogar auf Befehl eine bestimmte herauszufinden und zu bezeichnen.

Sie ist erwiesenermaßen auch fähig, die Bedeutung eines Verbotes zu begreifen. Sagt man ihr z. B., wenn sie läuft, sie solle nicht laufen, so hält sie inne. Sie erfaßt den Sinn von Für-, Verhältnis- und einigen persönlichen Eigenschaftswörtern (oben, unten, auf, in, draußen, schnell, leise, dein, mein, dir, mir usw.).

Nicht alle diese Fähigkeiten vermochte sie mit gleicher Leichtigkeit zu erlernen. Die Schulerfahrung hat im Gegenteil gezeigt, daß für gewöhnlich die einfache mündliche Suggestion nicht hinreicht, um ihre Aufmerksamkeit auf die eine oder andere der genannten Bezeichnungen zu lenken und sie dauernd ihrem Gedächtnis einzuprägen. Sie vermochte bei vielen, die sich z. B. nur auf sinnliche Eigenschaften bezogen, den Unterschied nicht zu erfassen, wenn sie nicht einen nützlichen sofortigen Erfolg zeitigten, z. B. nicht ihren Hunger, ihre Naschhaftigkeit oder ein elementares Verlangen befriedigten. Bei den Begriffen, die sich ihr ohne besonderen Kunstgriff einprägten, war es möglich, eine wenn auch nur zeitweise, dauernde Stabilität zu erzielen. Aber auch diese wurden vergessen, wenn man die Patientin nicht periodisch durch Wiederholungen neu anspornte. Als einen dauernden Erfolg durfte man das einfache Erkennen begrüßen. Selten nur trat der Fall ein, daß sich mehrere Erinnerungen so bei ihr verknüpften, daß sie sie deutlich zusammen zur Schau tragen konnte.

Mehrfach wurden spezielle Versuche angestellt, um das Gedächtnis der Patientin in bezug auf dessen Leistungsfähigkeit zu prüfen, mehrere Bilder miteinander zu verknüpfen. Man hielt ihr z. B. einen für sie besonders wertvollen Gegenstand (ein Bonbon, ein läutendes Glöckchen) in einer Schachtel entgegen, und zeigte ihr diese gleich darauf zusammen mit nur durch ein einziges Merkmal sich unterscheidenden anderen Schachteln (Form, Farbe, Umfang), die die Patientin früher schon richtig unterschieden hatte. Meist fiel das Wiedererkennen dann richtig aus, wenn die

Gegenstände, zwischen denen sie zu wählen hatte, die Zahl von drei nicht überstiegen, in vereinzelten Fällen sogar dann, wenn sie zahlreicher waren. Rote Schachteln erkannte sie sogar aus fünf anderen verschieden farbigen heraus, ebenso eine gleichfarbige Kugel aus vier Gegenständen anderer Formen usw. Zögerte man hingegen 5—6 Minuten, ehe man ihr die Gegenstände wieder vorführte, so vermochte die Patientin sich nicht mehr zurechtzufinden, wenn es mehr wie zwei Gegenstände waren. Nach längerer Zeit setzte das Wiedererkennen vollständig aus, wenn man ihr Gedächtnis nicht durch ein besonderes Hilfsmittel unterstützte. Es wurden z. B. eines Tages in ihrer Gegenwart einige Kirschen in eine blaue Schachtel getan und ihr diese nach 10 Minuten mit anderen roten gleicher Form wieder vorgeführt. Die Kleine blieb gleichgültig, kaum zeigte man ihr aber flüchtig andere Kirschen, so starrte sie erst auf den blauen Kasten, ergriff ihn dann nach kurzem Zögern, öffnete ihn, und bemächtigte sich des Inhalts. Als man jedoch noch länger zögerte, ehe man ihr die Kästen wieder vorführte, gelang es selbst mit obigem Hilfsmittel nicht mehr, das Wiedererkennen herbeizuführen.

Mit ähnlichen Hilfsmitteln wurde das Gedächtnis der Kleinen noch mehrfach durch Vorführung von ihr wohlbekannten Sachen geprüft, und es ergab sich, daß das Maximum ihres Erkennungsvermögens erreicht war, wenn sie die Wahl aus sechs anderen Elementen derselben Gattung getroffen hatte. Gesellte man zu den Gegenständen der Patientin gleich wertvolle Personen (Gefährtinnen), so erzielte man nur dann ein Resultat, wenn letztere mehr als vier waren. Versuchte man von ihr zu erreichen, daß sie mehrere Gegenstände und Personen zu gleicher Zeit erkennen solle, so erzielte man nur für e i n e n ein sicheres Resultat, und zwar für den zuletzt erblickten. Ihr Gedächtnis wurde auch auf flächenhafte Figuren geprüft, und zwar verwendete man zu dem Zweck farbig illustrierte Postkarten, die man auf sich völlig gleichende Kästchen legte. In eines derselben hatte man in ihrer Gegenwart den für sie wertvollen Gegenstand gelegt. Die Resultate waren widersprechend. Manchmal setzte das Erkennen ganz aus, in anderen Fällen erzielte man es bei einer Auswahl von drei Elementen. Im allgemeinen wurde es ihr leichter, wenn die zu unterscheidenden Figuren Tiere waren. Im Zusammenhang mit dem Umfang ihres Gedächtnisses steht auch die angestellte Beobachtung, daß die Patientin aus zwei gleichen Kästchen immer sofort das für sie wertvolle herauszufinden weiß, sei es nun, daß diese sich in den verschiedensten Teilen desselben Raumes befanden, oder daß sie neben-, auf- oder voreinander gestellt waren. Betrug die Zahl der nebeneinander gestellten Bilder mit Kästchen jedoch mehr als zwei, so fiel die Wahl nur selten richtig aus. Die Patientin zeigte sich ferner fähig, einen ihr wertvollen Kasten wiederzufinden, der mit einem anderen, diesem unähnlichen zugleich verschlossen worden war, auch wenn man sie inzwischen in einen benachbarten Raum geführt hatte. Sie erkannte dann sowohl den Raum, den Schrank, w e auch den neben dem anderen stehenden richtigen Kasten wieder. Erschwerte man hingegen den Versuch, indem man von ihr verlangte, daß sie außer dem Raum, dem Schrank auch noch den Schlüssel finden solle, mit denen letzterer verschlossen wurde, so war das Resultat ein negatives.

Nach ausreichender Prüfung ihrer anderen Sinnesfähigkeiten mit dem Kastensystem sowie mit obengenanntem Material (Tonklang, Rauheit der Oberfläche, Gewicht, Gerüche usw.) mußte man schließlich zu dem Ergebnis gelangen, daß die Kleine ihre Wahl nur dann stets richtig zu treffen vermochte, wenn die ihr vorgeführten Gegenstände nicht mehr als zwei betrugen. Nachdem es sich als unmöglich erwiesen hatte, daß die ihr vorgesprochenen Worte von der Patientin wiederholt wurden, erreichte man wenigstens von ihr, daß sie die einfacheren und komplizierteren Befehle ihrem Gedächtnis einzuverleiben und auszuführen vermochte. Nur müssen diese in ihr verständlichen Ausdrücken gegeben werden. Es ergab sich demnach, daß, wenn der Befehl eine auf die Patientin bezügliche Handlung mit einem Gegenstand oder einer anwesenden Person verknüpfte, dieser richtig ausgeführt wurde, z. B.: Nimm die Feder, schließe die Tür, komm zur Lehrerin. Gleiche Resultate wurden bei Befehlen erzielt, die eine Handlung, einen Gegenstand und eine Person miteinander verknüpften. (Trage das Taschentuch zur Lehrerin, gib Gina die Apfelsine usw.) Oder bei Befehlen, in denen zwei Gegenstände und zwei Personen verschieden modifiziert wurden. (Lege die Kugel auf den Tisch, stecke das Taschentuch in die Tasche usw.) Die richtige Ausführung mißlang, wenn der Befehl zwei aufeinanderfolgende verschiedenartige Handlungen verlangte (z. B.: Laß die Kugel liegen und nimm das Heft). Wenn er eine gleichzeitige Veränderung zweier Gegenstände und zweier Personen forderte (z. B.: Nimm eine Apfelsine und einen Apfel, küsse Reinhard und Adele). Gewöhnlich wurde dann die erste Handlung ausgeführt, und die zweitgenannte modifiziert. Oft gelangte man auch zu einem negativen Resultat, wenn man einen in einem anderen Raum auszuführenden Befehl erteilte (z. B.: Trage die Tasse in den Speisesaal, gib der Pförtnerin die Serviette usw.).

Bei diesen verschiedenen Versuchen und im gewöhnlichen Leben trat das Vermögen der Patientin zutage, ihre Aufmerksamkeit zu konzentrieren. Man stellte fest, daß sie nicht nur eine überlegte, sondern auch eine spontane Aufmerksamkeit besaß, z. B. trat häufig der Fall ein, daß sie plötzlich unter den Gegenständen ihrer Umgebung nach etwas zu suchen begann, was ihr Zerstreuung gewähren könnte.

Man ermittelte ferner, daß ihre Aufmerksamkeit, wenn künstlich hervorgerufen, schnell erwachte. Eben so schnell erlahmte sie aber gewöhnlich wieder, und zwar nicht nur bei Gegenständen, die wenig Wert für sie hatten, sondern auch bei solchen, für die sie sich zu interessieren schien. Sie zeigte z. B. erst unendliches Vergnügen, die früher besprochenen Konstruktionsspiele und rhythmische Bewegungen nach den Klängen der Musik auszuführen, ermüdet aber doch schon nach zwei- oder dreimaliger Ausübung, und geht zu anderer Beschäftigung über.

Es traten jedoch Fälle ein, bei denen ihre Aufmerksamkeit länger gefesselt wurde, und zwar dann, wenn ihr Interesse an der Sache ein sehr starkes war. Wenn z. B. eine Pantomime oder ein Tanz mit Musik aufgeführt wurde, so hatte sie nur kurze Augenblicke, in denen sie zerstreut war und die Augen während der Vorstellung von dem Schauplatz ablenkte. Und wenn ihr auch nicht alles verständlich war, so äußerte sie doch jedesmal ihre Freude, wenn eine ihr geläufige Handlung vorkam.

Ähnliche Ergebnisse gewann man bei den Übungen in der Schule, bei denen man einen von ihr geschätzten Gegenstand bald sehen ließ, und den Wunsch weckte, ihn zu besitzen, bald diesem Wunsch ein Hindernis entgegensetzte, indem man den Gegenstand verbarg. Dies wurde dann mehrere Male wiederholt. In zwei Fällen nahm man sich äußerlich ähnelnde Zuckerbohnen und wirkliche Bohnen (erstere waren etwas größer und dunkler), machte der Patientin erst den Unterschied klar, und warf dann 10 Zuckerbohnen in einen Haufen von 300 wirklichen Bohnen. Aus diesem sollte die Kleine die ersteren heraussuchen. Der Haufen befand sich in einem Topf, aus dem man nur zwei auf einmal herausgreifen konnte. In allen Fällen unterzog sich die Kleine geduldig der Arbeit, bis alle Bohnen herausgezogen waren, und trotzdem sie sich dabei beeilte, beging sie beim erstenmal nur einen einzigen Irrtum, beim zweitenmal zwei, indem sie eine Zuckerbohne mit einer anderen verwechselte.

Weitere Proben wurden auf die Art und Weise angestellt, in welcher die Patientin auf ihr vorgeführte mehr oder weniger bekannte Gegenstände reagieren mußte und dies in einer Umgebung, die jede andere Ablenkung ihrer Aufmerksamkeit ausschloß. So beobachtete man, daß Gegenstände, welche in ihr die Hoffnung weckten, einen ihrer lebhaftesten Wünsche erfüllt zu sehen, sofort bei ihr den Impuls erregten, sich von deren Erfüllungsmöglichkeit zu überzeugen. Reichte man ihr z. B. Tassen, Gläser, Näpfe, Schachteln usw., so versuchte sie sofort sich deren zu bemächtigen, um sich zu überzeugen, ob sie etwas enthielten, was sie erfreuen könne. Waren es für sie weniger wertvolle Gegenstände, so blieb sie gleichgültig, oder machte Miene, sich derselben in gebräuchlicher Weise zu bedienen, z. B. war es eine Feder, so versuchte sie zu schreiben, mit einer Bürste begann sie sich das Kleid abzubürsten. Der Anblick ihr fremder Gegenstände löste manchmal ein Gefühl von Furcht bei ihr aus, z. B. wenn es häßliche Gliederpuppen waren, die groteske Bewegungen machten. Meist beobachtete sie diese, aber nur kurze Zeit mit Interesse, dann sprang ihre Aufmerksamkeit ab. Bestand man darauf, letztere fesseln zu wollen, so machte sie eine ihrer stereotypen Gebärden. Sie nickte dann z. B. bejahend oder verneinend mit dem Kopfe, klatschte in die Hände, streichelte die ihr dargereichten neuen Gegenstände usw. Hatten diese Gegenstände irgend eine Ähnlichkeit mit ihr bekannten Dingen, so nahm die Patientin sie nicht selten und stellte sich, als wolle sie sie in der Weise benutzen, wie die Ähnlichkeit es gestattete. Dabei wußte sie aber ganz genau, daß ihre Illusion eine freiwillige war, und lachte von Herzen, wenn der Erfolg ausblieb, den sie mit den wirklichen Gegenständen erzielt haben würde. Einmal wurde ihr z. B. ein Hörrohr gereicht. Sie brachte es mehrfach an die Lippen, um hineinzublasen, als sei es eine Trompete.

Bei den Versuchen mit einfachen Worten stellte man fest, daß die Patientin zeitweise Empfänglichkeit für Versprechungen o. dergl. zeigte. Nur mußten die Sätze sehr kurz sein. In bezug auf ihr unbekannte Worte erzielte man dieselben Ergebnisse, wie bei ihr fremden Gegenständen. Gewöhnlich hörte die Patientin ein Weilchen mit Neugierde zu, dann wurde sie zerstreut und antwortete mit den gewöhnlichen stereotypen Bewegungen. Gab man ihr zwischen zwei gewöhnlichen Handlungen halb ausgesprochene Befehle, so verstand sie diese meist richtig. Sagte man z. B. Schließe ...

so blickte sie nach der Tür dem Schrank, der Schublade, und lief eilends, um den Türflügel oder Kasten zu schließen, den sie offen stehen sah. Sagte man: läute, spiele, bürste, schreibe usw., so sah sie umher, fand stets die passenden Gegenstände und führte den Befehl richtig aus. Konnte der Befehl nicht ausgeführt werden, weil der betreffende Gegenstand fehlte, oder sonst ein Hindernis vorlag, so sah sie gewöhnlich den sie Prüfenden erstaunt an, als wolle sie ihn überzeugen. daß sie nicht gehorchen könne. Bestand dieser aber darauf, so faßte sie den Befehl häufig als Spiel auf, und tat lachend wie zum Scherz irgend etwas, was der befohlenen Handlung ähnelte. Die Patientin zeigte sich ferner fähig, mit Gebärden eine Definition über den Zweck ihr bekannter Gegenstände zu geben. Fragte man sie z. B.: Was tut man mit dem Brot? Mit dem Kissen, dem Stuhl? So tat sie, als wolle sie essen, schlafen, sich setzen usw.

Zeigte man ihr jedoch einen Gegenstand, den sie kannte, und fragte sie: Kann man das essen? Kann man damit klingeln? usw. so waren die Antworten, die sie durch Kopfnicken gab, immer richtig. Es ließ sich bei der Gelegenheit zugleich feststellen, daß die Patientin nicht leicht irrezuführen war. Zeigte man ihr Bilder und versicherte ihr dabei, daß es ganz andere Gegenstände seien, als was sie wirklich vorstellten, so verneinte sie immer mit dem Kopfe vorausgesetzt, daß nicht eine annähernde Ähnlichkeit vorhanden war. So wurden ihr z. B. mehrmals Bilder vorgeführt, die mit ihr bekannten Personen einige Ähnlichkeit hatten. Als man sie dann fragte: Wo ist der Doktor? Wo ist die Schule? Gab sie nur bei den Bildern Zeichen des Erkennens von sich, die eine Menge äußerlich ähnlicher Gestalten enthielten (z. B. in bezug auf Bart, Anzug usw.). Hingegen wurde festgestellt, daß man ihr engbegrenztes Begriffsvermögen mit Leichtigkeit benutzen könne, um sich über den Effekt neuer sinnlicher Erfahrungen bei ihr zu orientieren. Die Patientin erwies sich auch dann als fähig eine richtige Deutung zu geben, wenn das Erkennen etwas erschwert worden war.

So vermochte sie z. B. sehr einfache Bilder zu erkennen, selbst wenn sie auf dem Kopf standen, ihr bekannte Gegenstände wieder so aufzurichten, wie es nötig war, um sie benutzen zu können (z. B. umgekehrte Näpfe, und Gläser, umgeworfene Stühle, gegen die Wand gelehnte kleine Bänke, die nur auf zwei Füßen standen. Sie bediente sich auch derselben in richtiger Weise, wenn ihre Glieder nicht zu dem gewollten Zweck ausreichten (z. B. stieg sie auf einen Stuhl, wenn sie den Gegenstand, den sie nehmen wollte, nicht erreichen konnte, nahm einen Stock, um ein unter einen Schrank gerolltes Spielzeug vorzuholen). Vermochte sie auf diese Weise ihren Zweck nicht zu erreichen, so wandte sie sich an eine geeignete Person, z. B. an eine kräftigere, wenn ihre Muskelkräfte nicht ausreichten, oder an die Menschen, welche den Schrank, den sie nicht zu öffnen vermochte, gewöhnlich aufschlossen usw.

Man stellte ferner fest, daß sie in solchem Falle eine eben erst gemachte Erfahrung sofort anzuwenden und deren Wert richtig abzuschätzen wußte. So sah man sie die Bewegung der Lehrerin nachahmen, mit der diese einen mit einem besonderen Schnappschloß geschlossenen Kasten

öffnete. Die Patientin wandte sich an die außer ihr einzig anwesende Person in einem Raum, um einen von seinem Platz verschwundenen Gegenstand wieder zu erlangen, nachdem sie festgestellt, daß diese versucht hatte, denselben zu entwenden usw. Diese Erfahrungen wurden jedoch schnell wieder vergessen, wenn sie nicht wiederholt wurden. Stellte man ihr daher ein für ihre gewöhnliche Erfahrung unüberwindliches Hindernis in den Weg, so war sie ratlos. Sie vermochte sich dann weder der früher gemachten Beobachtungen zu entsinnen, noch mittels ihrer Phantasie einen neuen Ausweg zu finden.

Wenn die Ursache in einem Mangel an Interesse bestand, ging die Patientin, nachdem sie ihre Unfähigkeit dargetan, sofort zu einer anderen Beschäftigung über. War das Interesse hingegen stark, so weinte und schrie sie, stampfte mit den Füßen, wälzte sich auf dem Boden und blieb über $^1/_2$ Stunde in dem Zustande, wenn man nicht so umsichtig war, schnell eine andere Neigung bei ihr zu wecken, die man dann gleich befriedigte.

Die Kleine war gewöhnlich gleichgültiger Stimmung. Doch schlug letztere beim geringsten Anlaß zu Freude oder Schmerz schnell um. Im ersten Fall lächelte sie, machte Freudensprünge und klatschte in die Hände. Im zweiten Fall schrie und weinte sie, wälzte sich am Boden, stampfte mit den Füßen usw.

Ihre stärksten Begierden hingen mit der Befriedigung ihres Hungers oder ihrer Eßlust zusammen. Am glücklichsten war sie, wenn man ihr Früchte und Süßigkeiten gab, sie sie sehr gern aß. Sah sie diese in den Händen anderer, so begnügte sie sich damit, sie zu betrachten und versuchte wohl auch sich ihrer ohne Anwendung von Gewalt zu bemächtigen. Nahm man ihr ihre Lieblingsspeise hingegen aus den Händen, so weinte und schrie sie, und widersetzte sich mit aller Gewalt gegen die Beraubung.

Äußerliche Körperschmerzen riefen bei der Patientin starke Erregung wach und sie wehrte sich dagegen mit energischen Bewegungen. Innere Schmerzen schien sie aber kaum zu empfinden. Während ihrer langen Krankheitszeit (Darmkatarrh, Tuberkulose), die mit ihrem Tode endete, war sie niemals niedergedrückt, und häufig sogar traten infolge Befriedigung kleiner Wünsche Perioden der Heiterkeit ein. Stand ihr ein Schmerz oder eine sofortige Gefahr bevor, so reagierte sie nur schwach darauf. Hielt man sie z. B. in die Luft, als wolle man sie fallen lassen, oder drohte ihr etwas tun zu wollen usw., so blieb sie gleichgültig. Das Gefühl der Furcht trat nur ein, beim Anblick häßlicher Gliederpuppen, Tieren oder in dunkler Umgebung usw.

Ihr Zorn hingegen wurde durch den geringsten Anlaß leicht erweckt. Aber nur selten ging sie mit aggressiver Gebärde auf die Schuldigen los. Höchstens machte sie eine stereotype Bewegung des Fortgehenwollens. Gewöhnlich traten die oben erwähnten Wutausbrüche ein (weinen, schreien), die von kurzer Dauer waren, sobald man ihr einen ihr wertvollen Gegenstand nicht gab, oder dergl.

Boshaftigkeit, Neigung aus sich heraus Unrecht zu tun, oder das Bestreben, jemand ohne erklärlichen Grund zu quälen, sich über die Leiden anderer zu freuen, rachsüchtige Pläne usw. wurden an ihr nicht beobachtet.

Hingegen war das Gefühl des Eigentumsrechtes stark bei ihr ausgeprägt. Selbst dann, wenn sie fast wertlose Gegenstände, wie Steine oder ein Stück Papier in den Händen hielt, litt sie nicht, daß jemand sie anfaßte. Noch weniger duldete sie, daß man ihr ihren Besitz entreiße. Sie wehrte sich mit aller Kraft, wenn man es versuchen wollte. Als sie in die Anstalt kam, hatte sie wenig Sinn für Reinlichkeit, Anstand und Schamgefühl. Erst ganz allmählich erreichte man von ihr, daß sie ihre Bedürfnisse auf dem Abort verrichtete, sich zum Waschen meldete, wenn sie ihre Hände und Gesicht aus irgend einem Grunde beschmutzt hatte, und ihre Kleider herabzog, wenn jemand sie aufhob. Während sie in der ersten Zeit stets Abneigung und Widerstand zeigte, wenn sie gebadet werden sollte, mochte sie es später sehr gern. Es gelang auch, sie bis zu einem gewissen Grad an Ordnung zu gewöhnen. Sie trug gewöhnlich ihre Spielsachen an denselben Ort zurück, und nach der Stunde brachte sie der Lehrerin die Würfel und anderen Gegenstände, mit denen sie sich beim Unterricht im Zusammensetzspiel beschäftigt hatte.

Stark entwickelt war bei ihr das Gefühl der Neugierde. Jedes neue Ereignis zog ihre Aufmerksamkeit in hohem Grade an, wenn auch nur kurze Zeit. Nur beim Spiel, den Turnübungen, den musikalischen Unterhaltungen vermochte sie längere Zeit aufmerksam zu bleiben. Stark war ferner der Zug bei ihr ausgeprägt, alles nachzuahmen, was sie ihre Gefährtinnen in der Freiviertelstunde oder Schule ausführen sah. Fing jemand z. B. an zu schreiben, so lief die Patientin zur Lehrerin und machte ihr durch kurze Schreie und Gebärden begreiflich, daß sie auch das Notwendige haben wolle, um die Übung mitzumachen. Gab man es ihr, so setzte sie sich ans Werk, ermüdete aber schon nach wenigen Augenblicken, und ging zu anderen Dingen über. So leicht sie sich zu Heiterkeit und Freude stimmen ließ, so schwer gelang es in bezug auf Trauer, Furcht und Schmerz.

Das Gefühl der Zärtlichkeit war hingegen stark bei ihr betont. Häufig begrüßte sie bekannte Personen, wenn sie sie begegnete, freudig, lächelte ihnen zu, sprang um sie herum, hielt sie an beiden Händen, den Kleidern fest usw. Sah sie eine Gefährtin weinen, so ging sie nicht selten zu ihr, sah sie mitleidig an und liebkoste sie, wie um sie zu trösten.

Diese Zärtlichkeit war jedoch nur flüchtig und verdichtete sich nie zu beständiger Zuneigung. Nur für die Lehrerin schien sie eine dauernde Anhänglichkeit zu besitzen. Sah sie diese morgens einmal nicht in die Schule kommen, so weinte sie und wollte der Stellvertreterin durchaus nicht gehorchen. Es genügte jedoch, daß die besagte Lehrerin mehrere Tage nacheinander fern blieb, um der Kleinen vollständig gleichgültig zu werden. Aber selbst in den Tagen größter Zuneigung fühlte sie sich nicht bewogen, ihr blind zu gehorchen, noch ihren Zorn zu bemeistern, wenn diese ihr ein Hindernis bei der Befriedigung eines Wunsches entgegensetzte. Ihr Respekt vor anderen Vorgesetzten war ebenso begrenzt, wie der vor der Lehrerin. Gewöhnlich veränderte sie ihr Benehmen und dies auch, wenn sie allein war und das Beispiel der anderen Gefährtinnen nicht recht auf sie einwirkte. Niemand vermochte aber je von ihr zu erreichen, daß sie auf einen einfachen mündlichen Befehl hin ihre Lieb-

lingsbeschäftigung liegen ließe, und wenn man sie mit Gewalt dazu zwang, wehrte sie sich ganz energisch.

Sie war nicht ohne Eitelkeit. Machte man ihr in einer ihr verständlichen Weise Lobeserhebungen, so lächelte sie geschmeichelt. Trug sie ein neues Kleid oder eine Kette um den Hals, so versuchte sie sich so zu stellen, daß die Vorgesetzten oder sie umgebenden Personen es bemerken konnten.

Sie lernte gern, folgte dem Unterricht der Lehrerin mit Aufmerksamkeit, selbst dann, wenn sie nicht viel begriff, und lächelte zufrieden, wenn sie etwas verstanden hatte und den Beweis dafür liefern konnte. Sie war nicht ohne die ursprünglichsten ästhetischen Empfindungen. Lebhafte Farben, Bilder, Gesang, Klavierspiel, rhythmische Bewegungen, Turnspiele übten eine starke Anziehungskraft auf sie aus. Von einem eigentlichen religiösen Empfinden kann man wohl bei ihr nicht gut sprechen. Sie folgte den kirchlichen Gebräuchen mit Interesse, und ahmte viele Kultusgebärden gern nach, die sie Gefährtinnen und Krankenschwestern ausführen sah. Oft faltete sie die Hände plötzlich wie zum Gebet, und küßte Bilder. Sozialgefühl besaß sie nicht. Die Beziehungen zu den Gefährtinnen beschränkten sich auf Liebkosungen, Nachahmung oder Feindseligkeit, je nach den Umständen. Nie eine Initiative, sich mit ihnen zum Spiel oder anderem gemeinsamen Zweck zu vereinigen. Schließlich besaß sie keinerlei aktive Neigung zu unmoralischen Handlungen, ahmte aber ihre Gefährtinnen leicht bei einer unanständigen Gebärde nach.

Klinischer Verlauf. Im September 1901 begann die Kleine körperlich abzunehmen, und an starkem Durchfall zu leiden. Anfänglich schien dieser den Spezialkuren zu weichen, dann wurde er aber unaufhaltsam. In diesem Zustand blieb die Patientin mehr als 1 Jahr, bis in der letzten Zeit sich eine Tuberkulose auf der rechten Lunge einstellte. Im März 1903 war das Körpergewicht, das im Januar 1901 19,3 kg betrug, auf 12,4 kg zurückgegangen. Das Allgemeinbefinden veschlechterte sich immer mehr, und im März 1903 trat der Tod ein.

Ergebnis der Autopsie 24 Std. p. m. Bei der Eröffnung des Schädel zeigen sich Stirn- und Pfeilnaht offen. Die Großhirnhemisphären decken das Kleinhirn nicht, letzteres bleibt in seinem oberen hinteren Teil unbedeckt.

Hirngewicht (einschließlich der Pia)	325
Gewicht der Brücke, Medulla und Kleinhirn	85
Gewicht der Hemisphären	240

Das Rückenmark scheint an Volumen nicht sehr verringert.

Nach Öffnung des Brustkorbs zeigt sich in der l. Brusthöhle wässriger Inhalt. Die l. Lunge ist mit fibrinösen Membranen bedeckt, die sich leicht ablösen. Das Parenchym des Oberlappens enthält eine Höhlung, die mit Flüssigkeit und käsigen Massen gefüllt ist. R. Lunge gesund. Am Herzen keine Auflagerungen. Außer einer trüben Schwellung der Nieren zeigen die Unterleibsorgane nichts Besonderes

Untersuchung der nicht macerierten Knochen.

Schädel. Vertikalansicht. Ellipsoide Form. Offene gezackte Sutur. L. ein Foramen parietale.

Seitliche Ansicht. Starker Prognathismus durch Hervortreten des knöchernen Gesichtsschädels. Der Unterkiefer ist relativ klein; keine Verschiebung der Zahnreihen. Schläfenschuppe gut gewölbt. Das Hinterhaupt ragt wie ein breiter Kegel hervor. Warzenfortsatz gering entwickelt. Der Ansatz der Schläfenmuskeln läßt sich verfolgen, ist aber nur wenig deutlich, reicht auch nicht weit nach oben.

Occipitalansicht. Die Basis ist ziemlich breit von gewöhnlicher Form. Hinter dem Tuber parietale setzt eine nach außen zu besonders deutliche Abflachung ein. Nackenansatz deutlich. Das hintere Ende des Hinterhauptloches ist sichtbar. Basilarnaht ist offen, die Gelenkgruben sind tief, der Warzenfortsatz klein. Gaumengewölbe lang, schmal und flach, Sutura incisiva vorhanden. Die Fläche des Hinterhauptloches ist von vorn nach hinten geneigt, sie sitzt außerdem weiter hinten als gewöhnlich. Die Lamina pterygoidea normal, Choanen hoch und eng. Die Proc. basilares des Hinterhauptbeins sind abgeplattet und mehr horizontal gestellt als in der Norm.

Frontalansicht. An der Stelle der Tubera front. finden sich kleine Einsenkungen, links deutlicher als rechts. In der Mitte findet sich ein dem Verlauf der Pfeilnaht folgender Kamm. Das Hervortreten der Augenwölbung über die Augenhöhlen fehlt. Die Glabella dagegen tritt etwas hervor. Rechts bemerkt man eine Fuhe, die sich von der Nasenwurzel bis zum inneren Rand der Augenhöhle fortsetzt. Der Zwischenraum zwischen beiden Augenhöhlen erscheint sehr gering. Die Einsenkung an der Nasenwurzel fehlt. Die Augenhöhlen sind verhältnismäßig groß und viereckig in der Form. Nasenöffnung lang und eng. Die Fossa canina hinreichend tief. Der Zwischenraum unter der Nase sehr kurz. Untere Kinnlade sehr schmächtig mit etwas vorragendem Kinn. Die aufsteigenden Äste sind schräg. Sehr unregelmäßiges Gebiß. Die zweiten Backzähne sind noch nicht entwickelt, es bestehen Zwischenräume zwischen den Milchbackzähnen, und ebenfalls zwischen den etwas großen und sägeartig gezähnten Schneidezähnen.

Innere Schädelbildung. Basale Sutura metopica. Juga mamillaria abgeflacht. Vorderer Sattelhöcker stumpf, Sella turcica ziemlich tief, Frontalbezirk der vorderen Schädelgrube wenig entwickelt. Die ganze vordere Grube überhaupt nur wenig entwickelt. Die Lamina cribrosa des Siebbeines liegt tief, die Crista galli tritt deutlich hervor. Das Hinterhauptloch ist länglich, im vorderen Teil hebt es sich ein wenig, es ist auf Kosten des Proc. basilares etwas verlängert. Die Impressiones digitatae sind an den Seiten des Schädelinnenraums deutlich, ebenso die Verästlungen der Arteria meningea media. Der zur Lambdanaht aufsteigende Ramus

posterior ist schwach, der vordere Ast aber stark. Er gabelt sich über dem Schläfenbein in einen oberen und in einen bregmatischen Zweig. Die Stirnhöhle fehlt. Das Schädeldach ist von mittlerer Dicke.

Maße:

Rauminhalt	400	ccm	Transversal-Vertikalindex	90,4	mm
Anteroposteriorer Maximal-			Index stephanicus	98,5	„
durchmesser	121	mm	Höhe der Schläfenbeinschuppe	31	„
Querdurchmesser	94	„	Index des Hinterhauptloches	79,5	„
Größte Höhe des Grundbeins	85	„	Abstand der Arc. zygom.	91	„
Vordere Projektion (Ebene			Obere Gesichtshöhe	47	„
des Alveolarfortsatzes)	77	„	Totale „	84	„
Hintere Projektion	50	„	Höhe der Orbita	29	„
Geringster Frontaldurch-			Breite „ „	31	„
messer	69	„	Spatium interorbitale	14	„
Diameter stephanicus	70	„	Nasenhöhe	38	„
Abstand der Proc. mastoid.	70	„	Nasenbreite	18	„
Horizontalumfang	337	„	Gaumenlänge	40	„
Präaurikularer Umfang	147	„	Gaumenbreite	27	„
Postaurikularer „	190	„	Oberer Gesichtsindex	51,6	„
Sagittalbogen	221	„	Totaler „	92,3	„
Ohrbogen	200	„	Augenhöhlenindex	93,5	„
Stirnbogen	64	„	Nasenindex	47,3	„
Curva glabello-bregmica	62	„	Gaumenindex	67,5	„
Corda	60	„	Flower'scher Alveolarindex	102,6	„
Seitenwandkrümmung	80	„	Gesichtswinkel	74½	„
Seitenwandbogen	73	„	Distantia bigoniaca	77	„
Curva occipito-cerebralis	44	„	Symphysenhöhe	18	„
„ „ cerebellaris	50	„	Kieferhöhe (hinterer Rand)	42	„
Index cephalicus	77,6	„	Kieferbreite	26	„
Längenhöhenindex	70,2	„	Rapport	61,9	„

Am Atlas sind die Gelenkfacetten stark und groß. Das Loch für die Arteria vertebralis ist sehr breit für das Alter. Die Rückenwirbel sind klein; besonders ihr Körper, die Lendenwirbel haben sehr poröse Körper. Die Schulterblätter zeigen keine deutlichen Grate, die Leisten an Radius und Ulna sind gut, an Femur und Tibia undeutlich entwickelt. Das l. Femur zeigt an der Grenze des oberen und mittleren Drittels eine starke Krümmung.

Maße:

Länge der Scapula	93	mm	Länge d. r. Schienbeins	214	mm
Breite „ „	64	„	Tibiofemuralindex	81,9	„
Scapulaindex	68,8	„	Länge des linken Humerus	190	„
Größte Breite des Darmbeins	84	„	„ „ rechten „	190	„
Länge d. l. Schenkelknochens	258	„	„ „ linken Radius	127	„
„ „ r. „	261	„	„ „ rechten „	127	„
„ „ l. Schienbeins	214	„	Radiohumerusindex	66,8	„

Makroskopische Beschreibung des Gehirns.

Rechte Hemisphäre (Fig. 1 u. 2), Fossa Sylvii: Sie beginnt in Form eines Stammes an der Basis der Hemisphäre. Hat sie die äußere Fläche erreicht, so teilt sie sich in 2 Äste, in einen sehr kurzen, den vertikalen und in den anderen, längeren, den hinteren. Dieser Ast ist schräger als normal, ist aber nicht so schief, wie im Affengehirn. Nach einem im Verhältnis zu der Größe der Hemisphäre stehenden Verlauf verwandelt er sich plötzlich in einen aufsteigenden Ast, der im G. supramarginalis aufgeht.

ROLANDO'sche Furche. Sie beginnt an dem freien Rand des Mantels vor dem aufsteigenden Ast des S. callosomarginalis und zieht sich dann nach unten, wobei sie zwei Knickungen bildet, eine obere, sich nach rückwärts wendende, und eine tiefere, sich nach vorn legende.

Oben sowohl wie unten wird sie von zwei pararolandischen Windungen eingeschlossen.

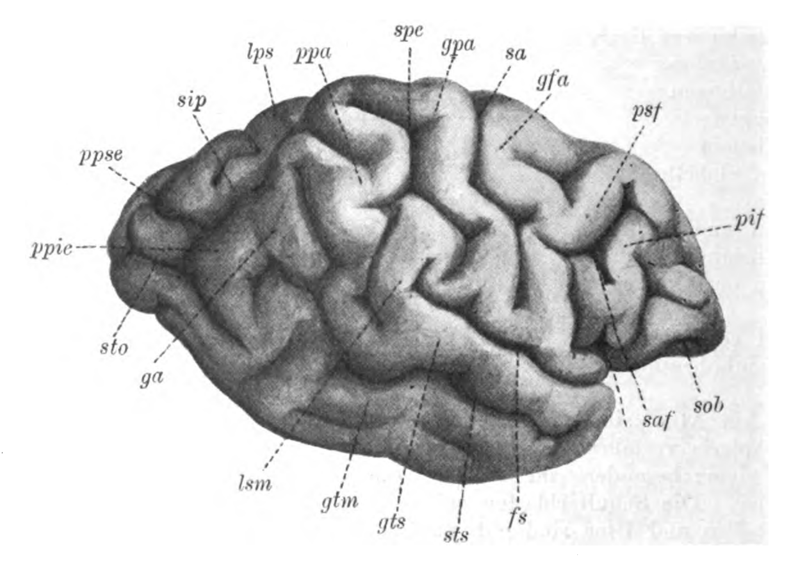


Fig. 1. Seitenansicht der rechten Hemisphäre.

saf der vertikale Zweig des vorderen Astes der Fiss. Sylvii, welche die Pars superior von der Pars inferior des Frontallappens trennt und wahrscheinlich den S. frontalis infimus darstellen soll; *psf* oberer Teil des Frontallappens (Lobus frontalis); *pif* unterer Teil des Frontallappens; *gfa* Gyrus frontalis ascendens; *sob* Ramus longitudinalis der Sulci orbitales; *fs* Ramus post. fiss. Sylvii; *sts* Sulcus temp. sup.; *gts* Gyrus temp. supremus; *gtm* Gyrus temp. medius; *gti* Gyrus temporalis inferior; *lsm* Lobulus supramarginalis; *ga* Gyrus angularis; *sto* Sulcus temp. transversus; *ppie* untere äußere Gratiolet'sche Übergangsfalte; *ppse* obere äußere Gratiolet'sche Übergangsfalte; *sip* Sulcus interparietalis; *lps* Lobulus parietalis superior; *ppa* parietoparietale Übergangsfalte, welche hinter dem Sulcus postcentralis endet; *spc* Sulcus postcentralis; *gpa* Gyrus postcentralis; *sr* Sulcus centralis; *scr* Rolandi.

Abstand des oberen Endes der Fissur vom Stirnpol	68	mm
„ „ „ „ „ „ „ Hinterhauptpol	82	„
„ „ unteren „ „ „ „ Stirnpol	42	„
„ „ „ „ „ „ „ Hinterhauptpol	84	„
Oberer Stirn-Rolando-Index	45,34	
Unterer „ „ „	33,33	
Oberer Hinterhaupt-Rolando-Index	54,66	
Unterer „ „ „	66,67	
Relativer Wert des Flächeninhalts des Stirnlappens	39,33	
„ „ „ „ „ Scheitel- und Hinterhauptlappens	60,66	„

Fissura parieto-occipitalis. Sie beginnt normal hinter dem Praecuneus, wendet sich in schräger Richtung nach hinten, ohne sich jemals mit der Fiss. calcarina zu vereinen, weil der G. cunei sich dazwischen legt. Sie zieht sich nach oben und setzt sich auf der äußeren Fläche fort, wo sie von der oberen äußeren Gratiolet'schen Übergangsfalte unterbrochen wird.

Frontallappen. Er ist ziemlich schmal und endigt nach vorn in einer Spitze, welcher an das Rostrum ethmoidale der Primaten erinnert. Der G. frontalis ascendens ist unten durch eine fast sagittal gerichtete Furche begrenzt, welche sich zwischen die Wurzeln des G. frontalis infimus erstreckt. Oben hingegen setzt sie sich in den vorderen oberen

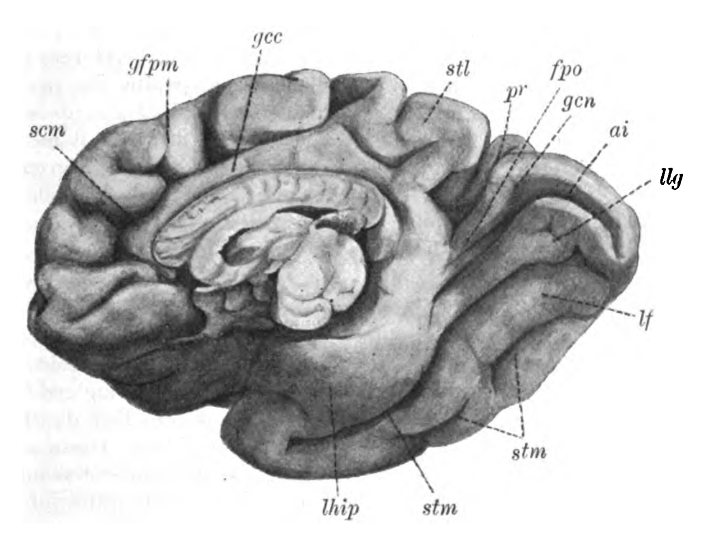


Fig. 2. Mediale Ansicht der rechten Hemisphäre.
scm Sulcus calloso marginalis; *gfpm* Gyrus frontoparietalis medialis; *gcc* Gyrus corporis callosi: *pr* Praecuneus; *gcn* Gyrus cunei, derselbe ist oberflächlich und unterbricht die Verbindung zwischen der Calcarina und der Fissura parieto-occipitalis; *ca* Fissura calcarina; *fpo* Fissura parieso-occipitalis; *cn* Cuneus; *llg* Lobulus lingualis; *lf* Lobulus falciformis; *stl* Sulcus temporo-occipitalis lateralis; *stm* Sulcus temporo-occipitalis medialis; *lhip* Lobulus hippocampi.

Teil der Konvexität fort. Der Rest der konvexen Oberfläche des Stirnlappens läßt sich in zwei Teile teilen: einen oberen und einen unteren. Der obere Teil läuft hinten breit aus und verschmälert sich nach vorn. Er entspringt aus dem G. frontalis ascendens vermittels zweier Wurzeln, die sich sehr bald wieder vereinigen. Er verläuft in seiner ganzen Bahn glatt, außer hinten, wo er vom S. tertius durchschnitten wird, der beide Wurzeln teilt, und ist daher verhältnismäßig sehr einfach. Der untere Teil zeigt zwei Wurzeln, welche miteinander einen parallel mit dem S. Rolandi laufenden S. superficialis begrenzen. Letzterer entspringt aus dem unteren Teil und repräsentiert den Margo inferior, eingekerbt vom Ramus verticalis Fiss. Sylvii. Er wird ersichtlich, daß nur ein Teil des G. frontalis vorhanden ist. Und zwar wird dieser in seinen beiden Teilen — opercularis und triangularis — durch den rudimentären Ramus verticalis des vorderen Astes der Fossa Sylvii hinten durchschnitten. Die Orbitalfläche wird innen von einem G. olfactorius internus gebildet, an dessen Innenseite man einen S. olfactorius von großer Ausdehnung, dem normalen ähnlich, bemerkt. Der ganze Rest der Orbitalfläche wird von zwei Windungen gebildet, die durch eine Furche (Sulcus orbitarius) getrennt werden. Letztere hat eine sagittale Richtung von vorn nach hinten, und biegt etwas nach innen mit ihrem vorderen Ende.

Lobus parietalis. Der G. parietalis ascendens ist gut sichtbar. Derselbe nimmt den gleichen Verlauf wie der S. Rolandi. Aus dem unteren Teil zweigt sich der G. marginalis ab, und setzt sich in den hinteren Teil des G. temporalis supremus fort. Aus dem oberen Teil des G. parietalis ascendens entspringt der Lobus parietalis superior. Von letzterem geht nach oben und außen eine stark hervortretende Übergangsfalte aus, welche nach hinten in den mittleren Teil des S. transversus ausläuft, in dem auch der S. interparietalis endigt. Dieser Lappen vereint sich dann mittels einer parietalen Übergangsfalte mit dem G. supramarginalis und begrenzt gleichzeitig einen, dem S. Rolandi parallel laufenden Sulcus, nämlich den S. postcentralis, welcher kleine Nebenverästelungen abzweigt, die sich wiederum in den angrenzenden Windungen verlieren.

Von dem mittleren Teil der parietalen Übergangsfalte zweigt sich eine andere Falte ab, die sich sehr bald in zwei Teile teilt. Ein Teil wendet sich nach hinten, und setzt sich als untere äußere Übergangsfalte fort, die gerade wie die obere in dem S. transversus aufgeht, mit dem sie hinten den S. interparietalis zu Ende führt. Der andere Teil zieht sich nach vorn, und vereinigt sich mit dem hinteren Teil des Lob. temporalis inferior, mit dem er den G. angularis bildet. Diese zwei Teile sind jedoch wenig hervortretend, und der G. angularis besonders wird gerade an der Stelle, wo er sich mit dem Lob. temporalis inferior verbindet, von einem Nebenast des S. temporalis superior unterbrochen.

Der obere und untere Lob. parietalis werden in ihrer ganzen Länge von einer sehr tiefen sagittalen Furche (S. interparietalis) geteilt. Diese Furche gabelt sich schließlich und kann wegen ihres Verlaufes als die ideale Verlängerung des S. temporalis medius angesehen werden.

Lobus temporalis. Dieser zeigt deutlich den G. temp. superior, der beim temporalen Pol beginnt, unten ganz vom S. temporalis superior und oben von der Fiss. sylvii begrenzt wird. In dem hinteren Teil gabelt er sich in zwei Äste, von denen der eine sich den G. marginalis, der andere in die parieto-parietale Übergangsfalte fortsetzt.

Der S. temporalis beginnt vor dem temporalen Pol, und teilt sich, hinten angekommen, in zwei Äste, von denen der vordere vom G. angularis und der hintere von der unteren äußeren Übergangsfalte durchschnitten wird. Besagtem Sulcus folgt der Lob. temp. inf., der ziemlich ungegliedert ist. So weit er sich ausbreitet, unterscheidet er sich vom Lob. fusiformis doch nur in dem hinteren Teil. Vorn hingegen ist dieser Sulcus kaum angedeutet, und gehen daher die beiden Lob. temporalis inferior und fusiformis ineinander auf.

Nun folgt der S. occipitalis temporalis medialis, der in seiner ganzen Ausdehnung deutlich hervortritt, und den Gyrus temporalis medialis von innen begrenzt. Dieser letztere zerfällt in zwei Teile. Der vordere bildet den Gyrus hippocampi, der hintere den Lobulus lingualis.

Die Insula Reilii ist verdeckt, kaum angedeutet, und weist nicht die geringsten Spuren von Windungen auf.

Lobus occipitalis. Von diesem kann man sagen, daß es ihm an allem gebricht. Wir haben bereits betont, daß das hintere Ende der beiden Übergangsfalten zwischen einer Querfurche verschwindet, deren Richtung nichts anderes bedeutet als die ideale Verlängerung des S. temporalis medius.

Mediale Ansicht. Hier hebt sich der S. callosus marginalis deutlich hervor, der vorn wenig bedeutend ist, und in seinem Verlauf verschiedene Verästelungen abzweigt. Eine derselben entspricht der Incisura preovolaris, und spaltet sich am hinteren Ende in zwei Zweige, von denen ein aufsteigender sich hinter dem S. Rolandi hinzieht, und der hintere gemeinsam mit dem G. parietalis ascendens abschließt. Die G. frontopar. medialis und callosomarginalis treten deutlich hervor, bis auf den vorderen Teil, in welcher Region sie den unklar sich abzeichnenden S. callosomarginalis vorstellen, wie ich oben schon andeutete.

Der Praecuneus hat eine sehr ausgebreitete vierkantige Oberfläche, und wird von einem schwach gewölbten Sulcus durchzogen. Dem Praecuneus folgt die schon beschriebene Fissura parieto-occipitalis. Der Cuneus hat die Form einer kleinen Zunge. Sein vorderes unteres Ende ist und setzt sich in den hinteren Teil des Praecuneus als G. cunei fort. Dadurch wird die Fiss. calcarina in ihrem ganzen Verlauf von der Fiss. parieto-occipitalis getrennt. Die Fiss. calcarina setzt vorn an der Stelle an, an der der G. hippocampi sich mit dem Lobulus lingualis fortsetzt. Sie zieht sich erst in die Höhe, und wendet sich dann jäh nach hinten, um genau im Zusammenhang mit dem Occipitalpol zu endigen.

Corpus callosum:	Länge des praecallosen Teils	28 mm
	„ „ Corpus callosum	47 „
	„ „ postcallosen Teils	51 „

Wenn man die anteroposteriore Länge der rechten Hemisphäre gleich 100 rechnet, ergeben sich folgende Resultate:

Relative Länge des praecallosen Teils 22,2
„ „ „ callosen „ 37,3
„ „ „ postcallosen „ 40,4

Linke Hemisphäre (Fig. 3 u. 4), Fossa Sylvii. Dieselbe hat denselben wie an der rechten Hemisphäre beschriebenen Charakter, bis auf den Ramus posterior der etwas schräg ist.

Fissura Rolandi. Auch diese hat denselben Charakter wie an der anderen Hemisphäre. Das oberste Ende endet gemeinsam mit dem freien Rand des Mantels kurz vor der Stelle, an der die vordere Gabelung des S. calloso-marginalis abschließt. In dem mittleren Teil, also auf dem Niveau des Übergangspunktes zwischen der oberen und der unteren Knickung, sendet sie einen ziemlich schrägen Ast ab, der in den G. frontalis ascendens eindringt. Die beiden Knickungen sind verwischt.

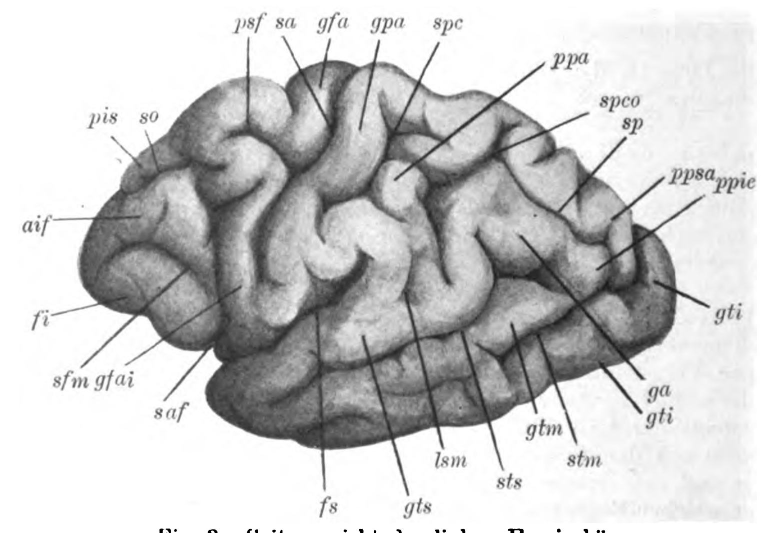


Fig. 3. Seitenansicht der linken Hemisphäre.
gtc unterer Teil des Gyrus frontalis ascendens; *gta* oberer Teil des Gyrus frontalis ascendens (diese beiden Teile sind voneinander durch eine dem Sulcus Rolandi entspringende S-förmige Furche [Sulcus] getrennt); *saf* analoger Sulcus zu dem Sulcus orbitalis externus der Primaten, derselbe teilt zusammen mit einem schrägen Sulcus *pis* den Rest der metopischen Oberfläche in einen oberen und einem unteren Teil (*gig*); *sfm* dieser Sulcus ist wahrscheinlich analog mit dem Sulcus fronto-marginalis; *fi* Orbitalfläche (Faccia orbitale) des Lobus frontalis, dieselbe ist ein wenig nach außen verrückt; *fs* Ramus posterior fissura Silvii; *gts* Gyrus temporalis supremus; *lsm* Lobulus supra-marginalis; *sts* Sulcus temp. sup.; *tsm* Gyrus temp. medius; *gti* Gyrus temp. inf.; *stm* Sulcus temp. medius; *ga* Gyrus angul.; *ppic* untere äußere Gratiolet'sche Übergangsfalte; *ppsa* obere äußere Gratiolet'sche Übergangsfalte (der Gyrus temporalis inferior bildet den hinteren Pol der Hemisphäre und es fehlt jegliches Rudiment des Lobus occipitalis); *sp* Sulcus interparietalis, der vorn in den Sulcus postcentralis accessorius (*spco*) mündet; *ppa* Fissura parieto-parietale, diese schließt hinten den Sulcus postcentralis ab; *gha* Gyrus postrolandicus od. postcentralis; *gfa* Gyrus praecentralis (G. front. ascendeus); *sr* Sulcus Rolandi.

Entfernung des obersten Endes der Fissur vom	Frontalpol	70 mm
" " " " " " "	Occipitalpol	83 "
" " untersten " " " "	Frontalpol	35 "
" " " " " " "	Occipitalpol	84 "

Oberer Index fronto-rolandicus superior	45,7
Unterer " " " inferior	27,1
Oberer " occipito " superior	54,3
Unterer " " " inferior	72,9
Flächeninhalt des Lobus frontalis	36,4
" " " parieto-occipitalis	63,6

Parieto-occipitale Fissur. Diese verhält sich wie beim normalen Gehirn, nur mündet sie viel früher in die Fiss. calcarina. Hat sie die äußere Oberfläche erreicht, so wird sie sehr bald von der ersten äußeren GRATIOLET'schen Übergangsfalte unterbrochen.

Lobus frontalis. In der konvexen Oberfläche desselben ist der G. frontalis ascendens zu sehen, der aus zwei Teilen besteht; einem oberen und einem unteren. Diese werden voneinander wiederum von dem oben beschriebenen sagittalen Sulcus getrennt, der von dem S. Rolandi ausgeht. Beide Teile schließen sich dann wieder über demselben zusammen. Der hintere Teil des G. front. asc. wird von einer Furche begrenzt, die sich im menschlichen Gehirn sonst nicht vorfindet. Diese wie ein j ver-

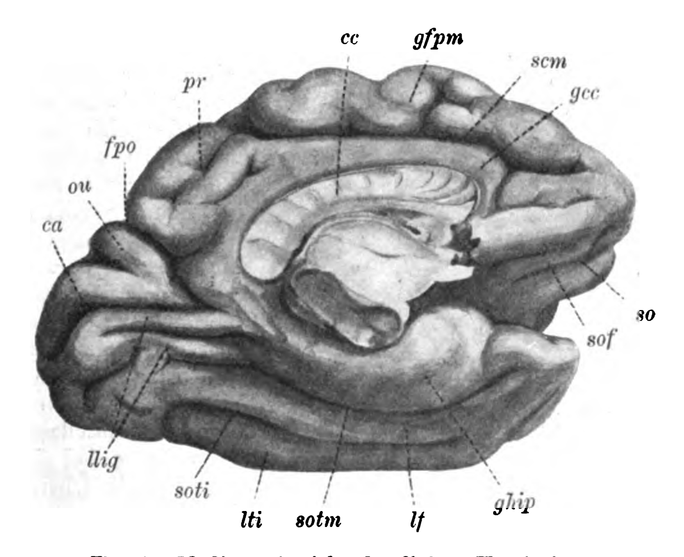


Fig. 4. Mediane Ansicht der linken Hemisphäre.
sof Sulcus olfactorius: *so* Sulcus orbitarius longit.; *gcc* Gyrus corporis callosi; *scm* Sulcus calloso-marginalis; *gfpm* Gyrus front. pariet. med.; *cc* Corpus callosum; *pr* Praecuneus; *tpo* Fiss. par. occip.; *cu* Cuneus; *ca* Fiss. calcarina; *llig* Lobul. lin- Sualis, der mit zwei Wurzeln entspringt; *soti* Sulcus temporo-occ. lateralis; *sotm* Sulcus temp. occip. medialis; *lti* Lobulus temp. im *lf* Lobul. fusi; *ghip* Gyrus hippocampi.

laufende Furche (Orbit. externus einiger Schimpansen) beginnt in der Orbitalfläche und nimmt eine dem Stamm der F. Sylvii parallele Richtung. Dann zieht sie sich in einer nach vorn schrägen Richtung auf die äußere Fläche, wobei sie fast ganz parallel mit dem unteren Teil des S. Rolando läuft. Schließlich verbindet sie sich oberflächlich mit einer anderen schrägen Furche, die sich von außen nach innen zieht. Der Komplex beider Furchen begrenzt übrigens zwei Felder der Oberfläche, ein oberes zungenförmiges und ein unteres keilförmiges. Die Basis wird von der orbitalen Oberfläche vermittels eines umfangreichen S. fronto-marginalis umgrenzt.

Die Orbitalfläche weist einen G. olf. int. auf. An der Außenseite desselben bemerkt man eine obere orbitale Einziehung, welche von einem T förmigen S. orbitalis durchschnitten wird.

Lobus parietalis. Hier unterscheidet man einen G. parietalis intendens, der mit dem S. Rolandi parallel läuft, und sich oben und unten mit dem G. frontalis asc. verbindet. Hinter dem letzteren bemerkt man eine Querfurche (S. post. centralis), die sich nach oben spaltet. Aus dem oberen Teil des besagten G. par. asc. entspringt sehr deutlich erkennbar der Lobulus supramarginalis, der sich mit dem G. temporalis superior verbindet, nachdem er den hinteren Ast der Fissura Sylvii aufgenommen hat. Aus dem oberen Teil des G: par. asc. entspringt der Lobulus parietalis superior, der sich in die oberen äußeren Übergangsfalten fortsetzt. Eine senkrecht gestellte Falte verbindet den G. parietalis superior mit dem G. supramarginalis, wobei sie eine parieto-parietale Übergangsfalte bildet, die wiederum den oben genannten S. postcentralis abschließt. Hinter der parieto-parietalen Übergangsfalte befindet sich ein vorn etwas rund gewölbter S. transversalis. Dieser hängt in seinem mittleren Teile zusammen mit dem S. interparietalis. Letzterer hat eine ausschließlich sagittale Richtung und hängt einerseits wiederum hinten mit dem hinteren Teil

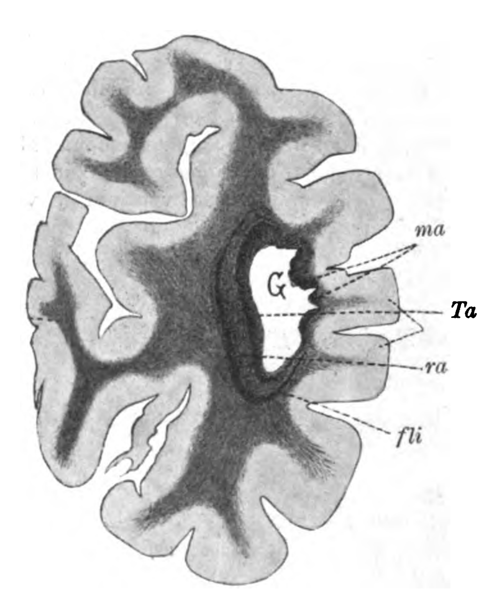


Fig. 5. Frontalschnitt der rechten Hemisphäre, Mitte des Hinterhorns.

Ta Tapetum, *ra* radiatio optica, *fli* fasc. long. inf.. *G* Hinterhorn, *ma* Knötchen in der Wand des Hinterhorus, letzteres euger als normal. Den Knötchen entsprechend fehlt die Sehstrahlung, ebenso sind dort die Markstämme dünn. Tapetum schwach.

des S. temporalis superior zusammen. Hierdurch teilt er die obere äußere Übergangsfalte des G. angularis. Der G. angularis entspringt ganz normal aus dem hinteren Teil des G. temporalis supremus, windet sich um das hintere Ende des S. temporalis supremus und setzt sich zugleich in den hinteren Teil des G. temporalis medius fort.

Lobus temporalis. In diesem sind die gewöhnlichen Windungen deutlich erkennbar. An erster Stelle ist der G. temporalis hervorzuheben, der sich hinten mit dem Lob. supramarginalis verbindet. Dann folgt der S. temporalis superior. Dieser ist in seiner ganzen Ausdehnung außer unten vollständig vorhanden und wird hinten vom G. angularis abgeschlossen. Nun kommt der G. temporalis medius. Die Trennungsfurche ist mehrfach unterbrochen. Besagte Furche verlängert sich, wie schon oben bemerkt, so weit, daß sie den Occipitalpol erreicht. Der G. temporalis inferior unterscheidet sich vermittels eines S. temporalis inferior deutlich vom Lob. fusiformis. Letzterer ist seinerseits wiederum deutlich vom G. temporo-occipitalis medialis abgetrennt. Nur hinten nicht, wo der S. occipito-temporalis medialis durch eine den Lob. lingualis mit dem L. fusiformis verbindende Übergangsfalte durchbrochen wird. Im G. temporo-occipitalis medialis sind die beiden Teile gut entwickelt. Der vordere bildet den G. hippocampi, der hintere den Lob. lingualis. Letzterer ist in zwei Teile getrennt (einen unteren und einen oberen) und zwar vermittels einer kurzen gewölbten Furche, die mit der Fiss. calcarina parallel läuft.

Corpus callosum.		
Länge des	praecallosen Teils	31 mm
„ „	Corpus callosum	43 „
„ „	postcallosen Teils	46 „
Relative Länge des	praecallosen Teils	24,6
„ „ „	callosen Teils	38,8
„ „ „	postcallosen Teils	36,5

Die Insula Reili ist wie in der anderen Hemisphäre verdeckt, und weist nicht die geringste Spur von Windungen auf.

Lobus occipitalis. Derselbe ist eigentlich so gut wie gar nicht vorhanden. Dem hinteren Ende des G. angularis entspringt allerdings eine rudimentäre Falte, die sich aber, wie das hintere Ende der oberen äußeren Übergangsfalte, in der Tiefe des Hinterendes des S. temporalis medius verliert. Der G. temporalis medius bildet durch seine hintere Verlängerung den Occipitalpol.

Mediane Ansicht. In dieser bemerkt man einen S. callosomarginalis, der später hinter dem S. Rolandi mit einem sehr schrägen, aufsteigenden Ast abschließt. Der hintere Teil der besagten Furche fehlt zum Teil. Während seines Verlaufes lösen sich zwei oder drei untergeordnete Äste ab, die in die Masse des G. fronto-parietalis medialis eindringen. Der Lob. pararolandicus ist schlecht abgegrenzt. Der Praecuneus hat eine dreieckige Form und die Fissura parieto-occipitalis mündet gerade an seinem Höhepunkt in die Fiss. calcarina. Letztere ist vorn kürzer wie sonst, so daß die Fiss. parieto-occipitalis sich mit dem vorderen

Ende der Fiss. calcarina verbindet, ohne daß diese nach dem Vereinigungspunkt sich noch weiter fortsetzt.

Histologische Untersuchung.

Rückenmark (Taf. III, Fig. 1 u. 2). a) Lendenmark. Die Pia mater ist an einigen Stellen verdickt; sie enthält mehr Gefäße wie gewöhnlich, von denen einige erweitert sind.

Die Zellen der vorderen Hörner sind weniger zahlreich vorhanden, wie im Normalfalle. Die charakteristische dreieckige Form tritt selten auf. Die meisten Zellen sind vielmehr klein, haben unbestimmte Umrisse, und sind von großen pericellulären Räumen umgeben. Beobachtet man die Zellen mit starker Vergrößerung, so sieht man in ihnen einen Kern mit unregelmäßigen unbestimmten Umrissen. Im Plasma fehlen die chromophilen Elemente vollständig. In einigen hat das Carioplasma ein fast gelbes Aussehen, so daß es eigentümlich von den umfangreichen gefärbten Elementen absticht, an denen das Cytoplasma reich ist. Die Körnchen desselben sind in einigen Zellen nicht in der charakteristischen Weise kranzartig angeordnet, sondern bilden unregelmäßige, bald größere, bald kleinere, und meist sehr ungeordnete Häufchen. Die Ausläufer lassen sich in ihrem Verlauf etwas länger verfolgen, als im Normalfalle.

Was die Zellen der Hinterhörner betrifft, so erweisen sich diese im Vergleich zu den vorderen weniger verändert. Ihre Form erinnert mehr an die normale, doch auch in ihnen tritt die Seltenheit der chromophilen Elemente des Cytoplasmas hervor.

b) Dorsalmark. Die Pia erscheint fast normal, wenigstens bei den meisten Präparaten. Die Anzahl der nervösen Zellen der Vorderhörner, und ihre Größe unterscheidet sich wenig von der Norm. Nur selten bemerkt man den Kern in den Elementen. Dieses Fehlen kann man aber nicht darauf schieben, daß der Schnitt diesen zufällig zerstört hätte, denn in mehr als einem Präparat sieht man, daß alle Zellen beider Hörner der Kerne durchaus entbehren. Ich wage jedoch hierüber kein Urteil zu fällen. Soviel ist gewiß, daß das Protoplasma mit zahlreichen chromophilen Elementen ausgestattet erscheint, im Gegensatz zu dem, was wir über die Zellen des Lumbalmarks bemerkt haben.

Was die Zellen der CLARKE'schen Säulen betrifft, so stehen diese in bezug auf ihre Zahl nur wenig hinter der Norm zurück, aber eine Veränderung tritt bei fast allen klar zutage. In einigen sind die chromophilen Körnchen nur in der Peripherie sichtbar, in anderen sind sie hie und da, aber bloß in der Zentralzone vorhanden, so daß es ziemlich schwierig ist Umriß und Größe der Zellen festzustellen.

c) Halsmark. Die nervösen Zellen weisen nur wenig Veränderungen auf; im allgemeinen läßt sich feststellen, daß sie keine festen Umrisse besitzen. Einige derselben haben deutlich erkennbare Kerne und Kernkörper und Protoplasma, das reiche chromophile Elemente aufweist. In anderen jedoch tritt eine bedeutende zentrale Chromatolyse hervor. Die Zellen der Hinterhörner sind erhalten. In einigen ist der Kern vom Protoplasma nicht gut getrennt. Die Pia ist normal.

Gehirnstamm. Im Niveau der Kreuzung bemerkt man die markreichen Pyramiden und den ziemlich rarefizierten Rest des Seitenstranges. Der Kleinhirnarm, der bulbäre Kern des Trigeminus, die Kerne der Funiculi gracilis und cuneatus lassen sich gut unterscheiden. Die Pia ist ziemlich verdickt, besonders da, wo sie mit den Pyramiden und dem Rest des Seitenstranges zusammenhängt. Auf dem Niveau des distalen Endes der unteren Olive sind alle Bildungen gut entwickelt.

Es muß an dieser Stelle hervorgehoben werden, daß je mehr man in proximaler Richtung vorgeht, desto mehr die peripyramidalen und periolivaren Fasern an Volumen verlieren.

Bei den Schnitten, welche abwärts von der Öffnung des Zentralkanals liegen (Taf. III, Fig. 3) tritt, in Verbindung mit dem Areal des Hypoglossuskerns ein gut umgrenztes Faserbündel zutage, das in seinem Inneren einige Zellen des obenerwähnten Kerns birgt. Dieses Bündel scheint von einem Stamm auszugehen, der eine schräge von oben nach unten, und von außen nach innen verlaufende Richtung einschlägt. Letzterer besteht aus zwei Faseranordnungen, die bald auseinandergehen, bald einander sich wieder nähern, und so ein ungefähr kreisförmiges Areal bedecken. Eine andere Eigentümlichkeit besteht in der enormen Entwicklung des Seitenstrangkerns. Und in einigen Schnitten nimmt derselbe ein weit größeres Areal ein, als dies bei Präparaten normaler Individuen ersichtlich ist.

Bei proximalen Schnitten beobachtet man, daß die zirkumpyramidalen Fasern vollständig verschwunden und die periolivaren Fasern spärlich vertreten sind. So sind die vor und hinter den Trigeminuskern angeordneten Faserbündel auch weniger kräftig, wie gewöhnlich. Auch hier muß die Verdickung der Hirnhaut und die Hypertrophie der Gefäßwände hervorgehoben werden. Noch mehr aber ist hervorzuheben, daß in allen Schnitten jede Spur des Nucleus arciformis fehlt. Das Gebiet des Corpus restiforme ist kleiner wie gewöhnlich, und die Fasern, die ihn bilden, sind ziemlich dünn. Alle anderen Gebilde sind normal.

Bei den proximalen Schnitten des Bulbus kann man da, wo der Kern des Facialis zutage tritt, von neuem das Wiedererscheinen der zirkumpyramidalen Fasern beobachten. Der dreieckige Kern des Hypoglossus ist gut entwickelt. Der Stamm des Acusticus erscheint verdünnt. Die zarte Hirnhaut ist in dem zentralen Teil verdickt, ebenso die Gefäßwände.

Weitere Abweichungen lassen sich im Zusammenhang mit dem distalen Teil der Brüche nicht feststellen. Die Kerne des Abducens und Facialis, die radiären und die Querfasern der Brücke, die graue Brückensubstanz usw. weisen alle eine regelrechte Bildung auf.

Ferner scheint es in den proximalen Schnitten der Brücke als hätten die Kerne der Gehirnnerven sogar eine übernormale Entwicklung. So weisen die Zellen der motorischen Kerne des Trigeminus und die bläschenartigen Zellen in der Nähe der Hirnwurzel desselben Nervs eine größere Entwicklung auf, als man sie gewöhnlich bei Erwachsenen findet. Im Niveau des distalen Teils des Mittelhirns ist hervorzuheben, daß der Kern der hinteren Vierügel gut entwickelt ist, und ebenso das ganze Faserbündel, das ihn begrenzt und in ihn eindringt, desgleichen die mediale und laterale Schleife und das hintere Längsbündel.

Im Niveau der vorderen Vierhügel bemerkt man eine starke Entwicklung des 3. Paares und dasselbe bei den Zellen des roten Kerns. Die Bahn des Gehirnschenkels ist in ihrer ganzen Ausdehnung gut myelinisiert. Das Bündel der oberen Schleife ist nicht deutlich erkennbar. Die Substantia nigra hat ihre gewöhnliche Ausdehnung, ebenso die verschiedenen Schichten der vorderen Vierhügel. Die hintere Kommissur ist intakt.

Linke Großhirnhälfte. Sagittalschnitte.

Bei einem Schnitt, der der Region entspricht, welche beim Erwachsenen 7 mm von der inneren Oberfläche der Hemisphäre (und auch der Fig. No. 7 und No. 269 in DEJERINE: Anatomie des Centres nerveux) entspricht, heben sich die Windungsfasern des Hirnbalkens und des Cingulums gut hervor. Wenig treten jedoch die der oberen Frontalwindungen hervor. Alle die anderen Gebilde, z. B. der Stratum zonale des Sehhügels, die Fasern der Laminae medullares thalami und alle Fasern, welche die verschiedenen Kerne des Sehhügels begrenzen, die Fasern aus dem Nucleus caudatus, die vordere Kommissur, der Tractus opticus, das Bündel des Cingulums sind gut ausgeprägt, desgleichen das hintere Gewölbe. Sehr deutlich zeichnet sich auch der Tractus opticus, über dem Thalamus ab. Die Fasern des Cuneus, des Praecuneus und der oberen occipitalen Windung haben nur spärliches Mark. Ebenso die Fasern, welche von der Oberfläche der ersten Frontalwindung herstammen, während die aus der pararolandischen Zone und aus der inneren Fläche der ersten Frontalwindung stammenden gut myelinisiert sind. In den Schnitten, die der Region entsprechen, welche sich beim Erwachsenen 10 mm von der inneren Oberfläche befindet, (DEJERINE loc. cit. Fig. No. 10 und No. 270) hebt sich das ganze Fasersystem gut myelinisiert hervor, das zu dem vorderen Segment der inneren Kapsel, zum Sehhügel, zum Hirnschenkel, der vorderen Kommissur, dem Balken, der Corona radiata, dem Forceps major und den Windungsfasern gehört, die in dies Gebiet fallen. Nur die Fasern der Stirnwindungen machen eine Ausnahme. Diese besitzen eine geringere Menge von Mark.

Bei den Schnitten, welche sich beim Erwachsenen von der inneren Fläche bis zu 17 mm entfernen (DEJERINE, loc. cit. Fig. No. 17 und No. 272) ist nur bemerkenswert, daß von den Strahlenfasern die des Lob. parieto-occipitalis und des G. frontalis medius besser markhaltig sind, als die des G. frontalis superior. Spärliches Mark haben auch die Fasern der Ammonshornwindung und der mittleren Schläfenwindung.

Bei den Schnitten, die sich von der inneren Fläche beim Erwachsenen von 17 bis zu 21 mm entfernen (DEJERINE loc. cit. Fig. No. 17 und 21, und No. 272—273) treten die verschiedenen Markstrahlenbündel gut myelinisiert hervor. Jedoch haben diejenigen der oberen Stirnwindung sowie die des Lob. lingualis eine blassere Farbe. Es fehlen vor allem das radiale und superradiale Flechtwerk, während die Radialfasern relativ gut mit Mark versehen sind. Hingegen sind die anderen Fasersysteme reichlich myelinisiert, so z. B. das vordere und hintere Segment der inneren Kapsel, die Fasern der verschiedenen Teile des Linienkerns, des Thalamus, der vorderen Kommissur.

Der Region entsprechende Schnitte, die beim Erwachsenen 27 mm von der inneren Oberfläche liegen (Dejerine loc. cit. Fig. 27 und 274): hier sind alle Fasern des retro-lentikulären Segments der inneren Kapsel gut mit Mark versehen, ferner diejenigen der letzten Teile des Sehhügels sowie die, welche das Claustrum- und auch das Spleniumbündel umgeben, die des Hirnbalkens und des Fasciculus longitudinalis inferior. Die Markstrahlen der Windungen tragen dieselben Merkmale, die bei den vorher gehenden Schnitten hervorgehoben wurden. Nur sind die Fasern überall etwas spärlicher. Bei der Region, die beim Erwachsenen einer Entfernung von 35 mm entspricht (Dejerine Fig. 275 loc. cit. etwas tiefer) erweisen sich sowohl der Fasc. longitudinalis inf., sowie die Sehstrahlung als gut markhaltig. Die Spärlichkeit des Marks hält in den von der Spitze des Stirnlappens ausgehenden Fasern an.

In der Region, die beim Erwachsenen einer Entfernung von 38 mm von der inneren Fläche entspricht (Dejerine loc. cit. Fig. 38 und 277) ergibt sich, das schon in der makroskopischen Beschreibung erwähnte vollständige Fehlen der Insula. Dafür geraten die inneren Stirnwindungen in direkten Kontakt mit dem vorderen Ende der oberen Schläfenwindung. Die Reste des Fasciculus longitudinales sind gut myelinisiert.

Wie in den vorherigen Präparaten, ist auch hier wenig Mark in den Querfasern, und daher fallen die supra- und intraradialen Geflechte der Stirnwindungen, besonders der sagittalen und des Lobus occipitalis wenig in die Augen, während alle Markteile der Scheitel- und Schläfenwindungen gut myelinisiert sind.

Daraus ergibt sich spärliche Myelinisation des vorderen und unteren Teils der Stirnwindungen und einiger Teile des Hinterhauptlappens, während die besser myelinisierten Teile der Rolandischen Zone und dem Rest des Scheitellappens angehören. Im allgemeinen ist das mittlere Lager besser markhaltig, wie die Seitenlager und in den spärlicheren Markzonen trifft das Fehlen des Mark hauptsächlich die Querfasern, so daß es den supra- und interradialen Geweben eigentlich an allem gebricht.

Es muß noch bei den verschiedenen Schnitten durch das Niveau der Seitenventrikel hervorgehoben werden, daß diese überall größer als gewöhnlich zu sein scheinen.

Rechte Großhirn-Hemisphäre. — Frontalschnitte. In den Schnitten, welche dem Höhepunkt des Hinterhauptpols entsprechen, ergibt sich, daß die Windungsfasern der Innenfläche wenig markhaltig sind. Den Querfasern gebricht es fast ganz daran. Der Gennarische Streifen ist überhaupt nicht sichtbar. Die Markkegel besitzen wenig Myelin (Textfiig. 5 u. 6). Dieses Ergebnis kontrastiert mit den Beobachtungen, die man in den Windungen der Außenfläche, besonders in den äußersten Windungen des Scheitellappens macht. Hier sind eine Anzahl Querfasern hinreichend myelinisiert, so daß das supra- und interradiäre Flechtwerk gut sichtbar ist. Jedoch ist die Anzahl dieser Fasern geringer, als die, welche man in der gleichen Windung beim normalen Menschen vorfinden würde. Die U-Fasern sind alle hinreichend entwickelt.

An Schnitten bis zu dem Niveau des hinteren Endes des Hinterhorns zeigt sich, daß die 3 Bündel, welche das Horn umgeben, gut myelinisiert

sind (Tapetum, Sehstrahlung und Fasc. long. infer.). Auch hier fehlt der Gennarische Streifen.

In etwas mehr vorn liegenden Schnitten (Taf., Fig. 4) erscheint das Unterhorn eine größere Ausdehnung als normal zu besitzen, und im Zusammenhang mit der ventralen Hälfte seiner Innenwand bemerkt man 4 oder 5 voneinander durch ziemlich beträchtliche Furchen getrennte Knötchen. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigen diese auf ihrer Innenfläche nach dem Ventrikel zu eine Menge markhaltiger Fasern, die sich augenscheinlich in das Tapetum fortsetzen.

Entsprechend diesen Knötchen ist keine Spur der Sehstrahlung mehr zu sehen. Während nun das Tapetumbündel kräftiger ist, wie gewöhnlich. sind die Markkegel der diesen Knoten entsprechenden Windungen arm an Fasern. Übrigens herrscht in den anderen Windungen die gleiche Armut derartiger Fasern vor. Diese erreichen kaum $^1/_5$ oder $^1/_4$ der Norm.

Auf dem Niveau des hinteren Teiles des Ammonshorns ist hervorzuheben, daß die Myelinisation der Querfasern und der Geflechtein den Windungen, die mit dem unteren Scheitellappen in Verbindung stehen, vollkommener sind, als die des oberen Scheitellappens, des Lob. lingualis und fusiformis, und der Schläfenlappen. Das Hinterhorn ist weit.

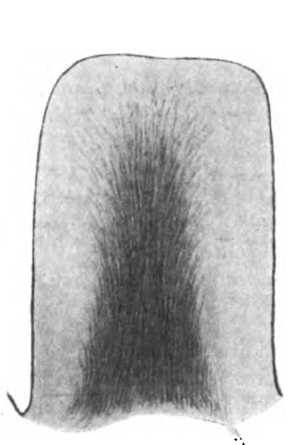


Fig. 6a.
Windung aus der Gegend der Fissura calcarina R. Färbung nach Pal. Markfasern spärlich im Markkamm. Supra- und intraradiäres Flechtwerk, Quer- und Tangentialfasern fehlen.

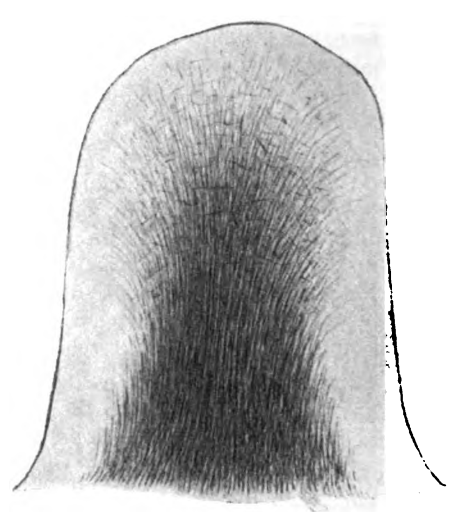


Fig. 6b.
Windung aus der Gegend wie Fig. 6a. Pal'sche Färbung. Markreichtum etwas größer als in Fig. 6a. Querfasern und Flechtwerke vorhanden, aber schwächer als normal.

Bei Schnitten durch das Pulvinar bemerkt man, daß die verschiedenen Gebilde, die zum Sehhügel, zum Ammonshorn, zum Hirnbalken, und zum Gewölbe gehören, gut myelinisiert sind. Im oberen wie im unteren Scheitellappen sind die Querfasern, Tangentialfasern und Markstrahlen gut

myelinisiert. Die temporo-occipitalen Windungen sind allerdings etwas ärmer an Myelin, und besonders fehlt letzteres den Schrägfasern.

Bei benachbarten Schnitten ergibt sich, daß der Sehhügel gut myelinisiert ist. Die Strahlenfasern, das Stratum zonale, die Faserbündel, die den vorderen, sowie den mittleren und Seitenkern abgrenzen, ferner die der inneren Kapsel sind gut markhaltig. Ebenso das occipito-frontale Bündel und die ganze Corona radiata. Die temporo-occipitalen Windungen verhalten sich im Mark ungefähr wie die parietalen.

Auf dem Niveau der Mitte des Sehhügels erweisen sich alle Fasern der drei Glieder des Linsenkerns gut mit Mark versehen. Ferner die Laminae medullares desselben, die Schlinge des Linsenkerns, das Corpus Luys, die innere Kapsel, die Strahlenfasern des Sehhügels, das Stratum zonale der Hirnbalken, das WERNIKE'sche Feld. Der Fasciculus arcuatus läßt sich nicht unterscheiden. Im allgemeinen sind die temporalen und temporo-occipitalen Windungen weniger mit Mark versehen, wie die frontal-sagittalen und die pararolandischen Windungen.

Im Niveau des vorderen Teils des Sehhügels sieht man, daß alle Teile gut markhaltig sind. Immer erhält sich derselbe Unterschied zwischen der Markbildung der oberen und der unteren Stirnwindungen aufrecht. Ebenso weiter vorn. Im Niveau des vorderen Teils des Hirnbalkens sind Putamen, innere Kapsel, vordere Kommissur, Tractus opticus, Balken, Corona radiata, das occipito-frontale Bündel, die graue Substanz unter dem Ependym gut mit Mark versehen.

Die Markbildung in den Schläfenwindungen und Schläfen-Hinterhauptwindungen ist immer noch spärlich. Das Hinterhorn ist im lateralen Teil erweitert.

Im Zusammenhang mit der Basis der Stirnwindungen treten einige Fasern auf, die an den Fasciculus arcuatus erinnern.

Am vorderen Ende des Stirnlappens bemerkt man, daß die Markbildung der verschiedenen Windungen nicht vollständig ist, gleichviel ob es sich um obere, seitliche oder untere Windungen handelt. Jedoch sind die oberen Windungen besser wie die unteren.

Zum großen Teil haben die Veränderungen also beide Hemisphären ergriffen. Auch in der rechten ist die Markbildung im vorderen und unteren Teil der Zentralwindungen spärlich, und nur die Rolandischen Zonen gut myelinisiert. Der Rest des Scheitellappens ist nicht überall so gut markhaltig wie auf der anderen Seite. An einigen Stellen hat der obere Scheitellappen weniger Fasern wie der untere. Diese weniger gut markhaltige Region befindet sich nur etwas weiter vorn wie die, wo die Knötchen sind, und hier haben nicht nur der obere Scheitellappen, sondern auch alle die verschiedenen Markkegel nur spärliche Fasern. Hierzu kommt noch im Vergleich zu der anderen Seite ein größerer Mangel an Mark des Hinterhauptlappens und der temporo-occipitalen Windungen, sowie die beträchtliche Verminderung der Fasern des Fasciculus arcuatus.

Hirnrinde: Bei Schnitten aus der Rolandischen Zone ergibt sich (Taf. III, Fig. 4 u. 5):

a) Die Hirnhaut hat die normale Dicke.

b) Genügendes Vorhandensein der Glia-Elemente.

c) Äußerst spärliches Auftreten nervöser Zellen. In einem großen Gebiet des mikroskopischen Feldes ließen sich z. B. bei geringer Vergrößerung höchstens 20 bis 30 Stück entdecken.

d) Sowohl die zur Schicht der kleinen Pyramiden gehörigen Zellen, wie die Zellen der anderen beiden Schichten (große und spindelförmige), sind in ihrer Form, Größe und Struktur verändert. Besonders auffällig ist ihre Kleinheit. Nicht alle haben die Pyramidenform beibehalten, bei vielen ist der Spitzenfortsatz verkümmert. Andere nähern sich wieder der Spindelform. Betrachtet man die Zellen (Taf., Fig. 5) unter starker Vergrößerung (obb. 5, ac. compens. 8), so bemerkt man vor allem, wie spärlich das Protoplasma in den Zellen vorhanden ist. Da, wo das Protoplasma besser erhalten ist, setzt es sich aus einer homogenen Substanz zusammen, die einige spärliche Granuli enthält. Der Kern ist dagegen besser erhalten. Doch auch er weist nur wenig chromophile Substanz auf. Auch die Anordnung der Zellen scheint von der normalen verschieden zu sein. Ich sage „scheint", weil es bei dem Fehlen von Zellenelementen klar definierter Formen nicht leicht ist, zu sagen, welches ihre Basis und ihr Höhepunkt ist. Manche scheinen zu liegen.

Rechte Kleingehirnhälfte. Bei den Schnitten sieht man, daß die Markhügel der cerebellaren Lamellen, sowie das Geflecht des Stratum moleculare, und die Fasern des Stratum granulare gut ausgebildet sind. Es fällt aber sofort auf, wie spärlich die PURKINJE-Zellen vorhanden sind. Diese haben auch kein gleichmäßiges charakteristisches Aussehen, sondern sind unregelmäßig, und meist abgerundet, besonders in einigen Lamellen.

Linke Kleingehirnhälfte. Ebenso, nur sind die PURKINJE-Zellen hier zahlreicher, wenn auch ihre Form immer ungenügende Entwicklung aufweist.

In beiden Hemisphären sind die granuläre und molekuläre Schicht gut erhalten.

Epikrisis.

Die Literatur über die Mikrocephalie ist in den letzten Jahren durch zahlreiche Veröffentlichungen bereichert worden. Die Studien waren besonders darauf gerichtet, die Entstehung dieser Anomalie zu erforschen, und unter den bedeutendsten Arbeiten befinden sich solche von Italienern, wie GIACOMINI, MINGAZZINI, PELLIZZI.

GIACOMINI war der erste, der in die Pathologie einen dualistischen Unterschied der Mikrocephalie einführte. Er unterschied eine echte von einer unechten Form derselben. Die eine hängt mit einem einfachen Stillstehen der Entwicklung zusammen. Die andere entsteht durch eine allgemeine Athrophie des Gehirns, die durch einen entzündlichen Prozeß der Hirnhäute oder Hirnrinde hervorgerufen wird. und bei der letztere teilweise Zerstörungen erleidet. Die

echten Formen sollen sich nach Giacomini außer durch das Fehlen jedes entzündlichen Prozesses noch durch das Vorhandensein attavistischer Bildungen auszeichnen. Die unechten Formen hingegen sollen einen absoluten Mangel an paläophilen Erscheinungen aufweisen. Er beschrieb indessen auch gemischte Formen.

Giacomini dehnte seine Vorstellung von den dualistischen Erkrankungsgattungen ferner auf alle Formen des Blödsinns aus. Erinnern wir hier ferner unter anderen an Tomaschewski (2), Brissaud (3), Freud (4), König (5), Illand (6), Shuttleworth und F. Beach (7), Tanzi (8), De Sanctis (9), Sollier (10), Ganghofner (11), Pellizzi (12) usw. (l.).

Es blieb aber noch die Krankheitsentstehung der Formen aufzuklären, denen jede Spur eines gewöhnlichen pathologischen Prozesses fehlt, die nach den verschiedenen Autoren als verschiedenartige degenerative, biopathische, evoluzionäre, genetische, idiotive oder vulgäre (Tanzi) Formen benannt sind und deren Anzeichen meist der echten Mikrocephalie zugeschrieben wurden.

Lange Zeit stritten beide Lehren sich um die Herrschaft. — Auf der einen Seite standen diejenigen, welche behaupteten, daß die Mikrocephalie die Folgeerscheinung eines Krankheitsprozesses sei, der sich in einer früheren oder späteren Periode im Leben des Fötus abspiele (Virchow, Klebs, Gerhartz, Falkenhein, Joseph und Jensen, Stark, Rüdinger, Wagner, Schüle, Marchand usw.[1])

Auf der anderen Seite befanden sich diejenigen, die jeden Einfluß von Krankheitsprozessen im Fötus leugneten, und behaupteten, daß die Abnormität ihren Urprung einem Fehler in der Entwicklung verdanke (Vogt, Chiari usw.).

Mingazzini (13) empfahl auf Grund eines analytischen Studiums aller in der Literatur beschriebenen Fälle beide Lehrsätze, da er annahm, daß ein Krankheitsprozeß im Fötus nicht nur den Entwicklungsgang hemmen, sondern auch die Wiederbelebung attavistischer Kennzeichen hervorrufen könne. Nun blieb aber immerhin noch die Natur der Krankheit dunkel, die dies verursachte, und es war nicht leicht, der Wahrheit auf den Grund zu kommen, da in den Fällen echter Mikrocephalie jede Spur gewöhnlicher Krankheitserscheinungen fehlte. Schon Stark (14), Rüdinger (15), Wagner (16) hatten die Hypothese von entzündlichen Prozessen der Hirnhäute

[1]) Über die Literatur siehe Pellizzi: Dell' eredità e di alcuni sintomi clinici in rapporto alla patogenesi delle frenastenie. Annali di Freniatria Vol. XIII. 1903 pag. 97 und De Sanctis Atti dell' XI. Congresso del la Società Frenatrica italiana pag. 356 Reggio Emilia 1902.

und des Gehirns angenommen. Besonders letzterer hat auf die Häufigkeit hingewiesen, mit der man in mikrocephalen Gehirnen Verdichtungen des Ependyms und Verschmelzungen einzelner Fissuren und Windungen vorfindet. Auch PFLEGER und PILCZ (17) hielten es nicht für unmöglich, daß die echte sowohl, als die unechte Mikrocephalie die Folgeerscheinung eines externen Hydrocephalus sei, der mit einer Peri-Encephalitis im Fötus in Verbindung stände. Aber erst PELLIZZI (18) war es beschieden, ein warmer Vertreter der Entzündungstheorie zu werden. Er betrachtete die echte Mikrocephalie ohne weiteres als eine Form des durch Hirnhautentzündung entstandenen Blödsinns (Idiocia menengite). Und zwar sei dieser die Folgeerscheinung einer akuten serösen Hirnhautentzündung, die in der ersten Zeit des embryonalen Lebens entsteht und zu Infiltration oder zu Kompression und sonstiger Entwicklungsveränderung der nervösen Bestandteile führt. Das Exudat sei dann wieder aufgesaugt, ohne Spuren zu hinterlassen.

PELLIZZI hat zahlreiche Beweisgründe gesammelt, um seine Annahme aufrecht zu erhalten. Darunter folgende (MINGAZZINI 13): Die verschiedenartigen Formen mikrocephalischer Gehirne entsprechend den bisher festgestellten rein pathologischen Formen mit makroskopischen Befund; die Verschiedenheit des Ergebnisses, je nach dem Beginn und der Ortsbegrenzung des entzündlichen Prozesses. Ferner: Die Häufigkeit, mit der die Basis des Gehirns verschont bleibt, analog dem, was sich bei den grobzerstörenden Formen bisher bewahrheitet hat. Dann: Das bei Mikrocephalie so häufige Vorkommen, daß die Seitenventrikel auf Kosten des Mittelhirns erweitert sind (was auf einen Hydrocephalus internus hinweist). Das Auffinden kleiner Krater und tiefer Einsenkungen in den an Umfang stark verminderten Hirnlappen, ähnlich wie es bei der falschen Porencephalie vorkommt. Die Verschiedenheit, mit der das Rückenmark und das Kleingehirn in den einzelnen Fällen in Mitleidenschaft gezogen werden. Das Vorhandensein atavistischer Anzeichen auch bei den Gehirnen, die grobe Entzündungsprozesse aufweisen. Das bei echter Mikrocephalie häufige Auftreten eines hypotonischen Zustandes der willkürlichen Muskeln — ein charakteristisches Zeichen der meningitischen Idiotie. Die Häufigkeit, mit der die echte Mikrocephalie von mit fortschreitendem Alter sich verlierenden Krampfanfällen begleitet ist, und in Beziehung zu diesen das Zurücktreten eines allmählich verschwindenden entzündlichen Prozesses usw. Indem PELLIZZI alle verschiedenen Formen auf durch Hirnhautentzündung entstandenen Blödsinn zurückführt, hat er die Klassi-

fikation GIACOMINI's doch modifiziert; er fixierte: 1. eine echte einfache Mikrocephalie, bei der allgemeine Verkleinerung beider Hemisphären mit in ihrer ganzen Oberfläche gut erhaltener Hirnrinde auftritt; 2. eine gemischte Mikrocephalie, bei der sich zu der allgemeinen Verkleinerung noch in einigen Zonen makroskopische Überbleibsel entzündlicher, zerstörender Prozesse gesellen. Schließlich 3. eine unechte Form, bei der eine unregelmäßige Verkleinerung der Hemisphären infolge entzündlicher Prozesse auftritt, die, wie mikroskopisch festgestellt ist, sich über die ganze Hirnrinde ausbreiten (Sclerosa atrophica gewöhnlich mit Porencehpalie, Ulegyrie, Mikrogyrie, Heterotopia corticalis usw.).

Unser Fall würde demnach in die Gattung echter und einfacher Mikrocephalie nach PELLIZZI gehören, da im Gehirn und den Häuten jegliche Spuren pathologischer Prozesse und ebenso makroskopische Veränderungen fehlen. Nach der PELLIZZI'schen Auffassung hätten wir allerdings Spuren schwacher Leptomeningitis festgestellt, diese beschränkten sich aber auf das Lumbalmark, die Medulla und Residuen von Kopfwassersucht. Auch war eine nicht ganz gleichwertige Verkleinerung der verschiedenen Hirnlappen vorhanden, ferner eine allgemeine Hypotonie der willkürlichen Muskeln mit schlaffer, nach vorn fallender Haltung. Viele Bewegungen hatten etwas Affenartiges.

Auch in die GIACOMINI'sche Form echter Mikrocephalie würde unser Fall infolge Vorhandenseins zahlreicher atavistischer und paläophiler Anzeichen (wie MINGAZZINI sie nennt) hineinpassen. Erinnern wir uns: a) des Fehlens der Verbindung zwischen der Fiss. calcarina mit der Scheitelhinterhauptsfissur. Letzteres ist eine bei den Mikrocephalen, die an eine normale Disposition erinnern, häufig vorkommende Anomalie, so auch bei allen Menschenaffen; b) daß der linke Vorderast der SYLVI'schen Fissur fehlt, wie bei allen Affen, mit Ausnahme der Anthropoiden; c) daß die linke untere Stirnwindung fehlt — auch eine Erinnerung an das Affengeschlecht — und ein Sulc. orbit. extern. vorhanden ist. Gedenken wir ferner d) des Fehlens eines richtigen Hinterhauptlappens, wie es bei den Affen der Fall ist; e) der Schrägheit des aufsteigenden Teils des Sulcus calloso-marginalis, die gleichfalls bei den Affen auftritt; f) der fast horizontalen Richtung des unteren Astes der SYLVI'schen Fissur — ein mehr orang-utanartiges als menschliches Merkmal; g) des Fehlens von Furchen in der REIL'schen Insel, das allerdings ein höherer Atavismus sein könnte, da er außer bei den Affen auch in einer bestimmten Periode der Fötalentwicklung vorkommt.

Alle diese Kennzeichen wurden auch in anderen Fällen von Mikrocephalie beschrieben, wie z. B. in der Ahandlung von MINGAZZINI. In dieser sind die Hauptanomalien der Furchen und Windungen aufgezählt, die an Atavismus erinnern, so wie man sie in Mikrocephalengehirnen gefunden hat. Keines dieser Kennzeichen kehrte beständig wieder, und man darf nicht vergessen, daß Fälle beschrieben wurden, in denen jede Spur von Überbleibseln makroskopischer, entzündlicher Prozesse, sowie jedes atavistische Kennzeichen gänzlich fehlten. Darunter der Fall von PROBST (19). GIACOMINI betrachtete diese Fälle als Pseudomikrocephalie, während er die PELLIZZI'schen unechten Formen mit atavistischen Anzeichen als kombinierte bezeichnete (Mikrogyrie, Ulegyrie, Porencephalie).

Uns ist der Mechanismus noch unbekannt, vermittels dessen der Krankheitsprozeß in einigen Fällen einen einfachen Stillstand in der Entwicklung und in anderen die Wiederbelebung atavistischer Formen herbeiführt. So viel ist gewiß, daß der Zeitpunkt, in dem die Krankheit entsteht, einen großen Einfluß hat. Schon MINGAZZINI war der Ansicht, daß man nach der Gattung paläophiler Kennzeichen auf den Zeitpunkt schließen könne, in dem der genetische Prozeß begonnen habe. Und dies auf Grund des Gesetzes, daß eine beliebige wirkende Kraft einen schon überwundenen morphologischen Charakter zwar wohl zerstören, aber nicht ummodeln könne. Sind diese Charaktere, die man beim Neugeborenen wie beim Erwachsenen entdeckt, erst einmal festgelegt, so ist es unmöglich, daß eine Krankheitsursache sie zu atavistischen Erscheinungen zurückformt. Sind diese vorhanden, so muß die Krankheitsursache in einem Zeitraum des Fötallebens eingesetzt haben, in dem die regulären Formen noch nicht gebildet waren. — PELLIZZI ist mit MINGAZZINI derselben Meinung. Nur glaubt er, daß die Krankheit in einem früheren Zeitpunkt einsetzen müsse, als man die Wirkung derselben zu entdecken beginnt. Er schließt darauf, weil bei den Neuroblasten und den Spongioblasten nutritive Veränderungen auftreten, und daher ihre Entwicklungsenergie in der dann schließlich festgestellten Weise beschränkt und modifiziert wird. Er hebt hervor, wie andere, besonders die bekannten Formen von Blödsinn, sich oft nach einer langen Zeit normaler Entwicklung entfalten, ohne daß ein Krankheitsprozeß in dem Zeitpunkt feststellbar wäre, an dem die Störungen einsetzen. Das Fehlen atavistischer Anzeichen und schwerer Entwicklungsstörungen steht seiner Ansicht nach in Verbindung mit einem Krankheitsvorgang, der sich in den letzten Phasen des fötalen Lebens und den ersten Tagen nach der Geburt abspielt. Oder es

handle sich um einen Krankheitsprozeß, der sich im embryonalen Leben entwickele, wenn er damals auch nur schwach aufgetreten sei. In unserm Fall herrschen die paläophilen Merkmale im Lobus frontalis und occipitalis vor — und da die Bbildung dieser Lappen im 4. Monat eintritt. und die Fiss. calcarina sich zu der Zeit schon gebildet haben muß, so muß die Krankheitsursache, schon zu dem Zeitpunkt, wenn nicht eher, eingetreten sein.

Das fast gänzliche Fehlen des Lobus occipitalis, das wir bei unserm Fall festgestellt haben, und das Unbedecktbleiben des Cerebellums infolge davon, ist in vielen anderen Fällen von Mikrocephalie durch Cunningham und Telford Smith (20) festgestellt worden. Und zwar hielten letztere auf Grund eigener Beobachtungen sowohl, als auf der von Marshall (21) und Leuret (22) usw. die Reduktion des Lobus occipitalis für eines der Hauptmerkmale der Mikrocephalie. Dies war auch Mingazzini's Ansicht, die später von Shuttleworth und Beach (7) in der Abhandlung über pathologische Anatomie des Blödsinns auf dem XIII. internationalen medizinischen Kongresse zu Paris vertreten wurde.

Nur in Bezug auf die relative Entwicklung der Lob. occipitalis und frontalis herrschten einige abweichende Ansichten.

Cunningham glaubt, daß der ganze Lobus frontalis bei Mikrocephalen relativ mehr entwickelt sei. Auf Grund der Häufigkeit der in der Literatur erwähnten Fälle ist Mingazzini hingegen der Ansicht, daß die Vergrößerungen nur in den oberen Teilen des Lobus frontalis auftrete. In seinem eigenen Fall bestätigte sich allerdings die Cunningham'sche Beobachtung. In unserm Fall nicht. Auf beiden Seiten ist der relative Flächenwert des Lobus frontalis viel geringer als der des Lobus parieto-occipitalis.

Gehen wir nun zu den Ergebnissen der histologischen Untersuchung über.

In meinem Fall hatten wir: spärliches Vorhandensein nervöser Zellen, ausnehmende Kleinheit derselben, infolge Mangels an Protoplasma, Mangel an Granulis, wenig chromophile Substanz im Kern, Deformation vieler Pyramidenzellen, von denen bei mehreren der Spitzenfortsatz verstümmelt war. Andere näherten sich wieder mehr der Spindelform. Ferner waren die Querfasern spärlich vorhanden, und daher traten die supra- und intra-radialen Gewebe wenig hervor. Die Stria Gennarii fehlte gänzlich. Diese krankhaften Veränderungen fielen am meisten im hinteren Teil des Lobus frontalis und im Lobus occipitalis auf.

Voisin (23), Fumajoli (24), Mingazzini (25), Fletcher-Beach (26),

HAMMARBERG (27), beobachteten auch ihrerseits das seltene Vorkommen nervöser Zellen und die Spärlichkeit des Protoplasmas. HAMMARBERG hatte es sich angelegen sein lassen, Fälle von Submikrocephalie zu studieren. Besonders selten waren die Pyramidenzellen in einigen Fällen bei GIACOMINI (28), SCARPATETTI (29), BETZ (30), PILCZ (31), PELLIZZI (32), MINGAZZINI. Bei den letzteren Fällen wird hingegen das Vorherrschen spindelförmiger Zellen hervorgehoben, und erstere beobachteten sogar das Vorkommen von polymorphen und Körnerzellen, welche das charakteristische Aussehen wie beim Foetus oder im ersten Kindesalter hatten. In den Fällen von FLECHTER-BEACH herrschten ebenfalls die abgerundeten und ovalen Zellenformen mit zentralem Kern, runder kleiner Höhlung und schwarzgefärbtem Protoplasma vor. Die Unregelmäßigkeit der Anordnung bei den Pyramidenzellen hoben hervor: PILCZ, SCARPATETTI und BETZ. MONAKOW (35) beobachtete in seinem Fall vollkommen unentwickelte Pyramidenzellen und Neuroblasten. Alle Gelehrten von GIACOMINI bis PILCZ beobachteten in der Schicht der Pyramiden das Vorhandensein unregelmäßiger Zellen, die in der Form den multipotaren Zellen ähnelten. Gedenken wir ferner der unregelmäßigen Lagerung der verschiedenen Zellengattungen, wie in den Fällen von GIACOMINI, PILCZ, MINGAZZINI und PELIZZI. Weitere krankhafte Veränderungen wurden in Fällen von Mikrocephalie und Submikrocephalie beobachtet, die von Mikrogyrie begleitet waren. So entdeckte man in einem Falle zwischen dem Zentrum semiovale und dem 4. Stratum der grauen Substanz eine von Neuroblasten gebildete intermediäre Schicht (MIERCEJEWSKI 34), ferner Ganglionelemente, die denen des 4. Stratums der Hirnrinde glichen (MATELL'sche Fälle) (35), (MEINE'sche Fälle) (33). Dieselben waren aber in der Art ihrer Anordnung ganz verschieden. Diesen krankhaften Veränderungen wurde der Name: Heterotopia diffusa der grauen Substanz beigelegt, um sie von der gewöhnlichen Heterotopie zu unterscheiden, die aus einzelnen Anhäufungen von Ganglienzellen in der weißen Substanz besteht. Die neuroblastische Zwischenschicht scheint bei mit Mikrogyrie verbundenen Fällen von Mikrocephalie öfter vorzukommen.

Erinnern wir uns jedenfalls daran, daß Fälle, wie die von GIACOMINI, CHIARI (37) und ANDEL (38), MIERCEJEWSKY (39) usw. nicht selten sind, in denen tatsächlich jede krankhafte Veränderung der nervösen Zellenelemente der Hirnrinde völlig fehlt.

Auch das spärliche Vorkommen von Querfasern wurde in mehreren Fällen beobachtet. In den Fällen von MONAKOW fehlten

vor allem die tangentialen Zonen, ferner die die Stria Gennarii bildenden Fasern, Mingazzini entdeckte in seinem Fall das vollständige Fehlen nervöser tangentialer Fasern und zwar in dem vorderen Teil der Frontalwindungen des Lobus temporalis und der Insel. Auch sonst herrschte Spärlichkeit in dem ganzen übrigen Gebiet der Hirnrinde. In dem Pellizzi'schen Fall kamen in dem Frontallappen einige spärliche tangentiale und intraradiäre Fasern vor. Die Stria Gennarii und das supraradiäre Flechtwerk fehlten. In den Scheitel- und Schläfenlappen herrschte große Spärlichkeit an tangentialen Fasern, an einigen Stellen sogar vollkommener Mangel. Dieselben Befunde ergaben sich, wenn auch weniger auffallend, in den occipito-temporalen Windungen. Andererseits darf man nicht vergessen, daß die tangentialen und Radiärfasern im Pilcz'schen sowie im Scarpatetti'schen Falle gut entwickelt waren. Während die kurzen Assoziationsfasern in unserem Falle spärlich waren und die langen mit Ausnahme des Fasciculus arcuatus gut entwickelt waren, beobachtete Monakow in seinem Fall das Fehlen sowohl der einen wie der anderen Fasern. Sie waren im Mingazzini'schen Falle hingegen normal. Der Mangel in der Entwicklung des Fasciculus arcuatus könnte vielleicht von der mangelhaften Entwicklung der Frontalwindungen abhängen, aber mit Sicherheit kann man das nicht behaupten. Soviel glaube ich jedoch annehmen zu dürfen, daß der Hydrocephalus die Schuld an dem Mangel der Markbildung in einigen Windungen trägt. Schon oben ist darauf aufmerksam gemacht worden, wie die Markhügel der Windungen, die mit den vorhandenen Knötchen im Unterhorn korrespondieren, der Fasern fast entbehren, und wie auch die anderen Windungen derselben Region spärlich mit Fasern bedacht sind. Auch die Tatsache ist bemerkenswert, daß der obere Lobus parietalis in der den Knötchen am nächsten befindlichen Region spärlicher Fasern hat, wie in einem entfernteren Gebiet. Dennoch ist es nicht leicht, den Augenblick und die Art und Weise zu bestimmen, in dem der Hydrocephalus das Zerstörungswerk begonnen hat. Es darf nicht vergessen werden, daß, wenn auch die Windungsfasern arm an Mark waren, so waren doch die Fasern der den Knötchen benachbarten Fasciculi periventriculari gut markhaltig. Demnach hatten diese mehr auf die entfernteren als auf die benachbarten Fasern eingewirkt. Vielleicht läßt sich die Sache so erklären, daß das Fehlen des Marks nicht durch eine direkte krankhafte Einwirkung auf die Fasern, sondern vielmehr durch eine solche auf ihre Urzellen verursacht wird. Da die Rindenzellen den Knötchen näher liegen,

wie die Zellen, von denen die Fasciculi periventriculari sich abzweigen, so begreift man, daß nur die von ersteren herstammenden Fasern Schaden leiden.

Nun bliebe noch aufzuklären, wie eine Krankheitsursache, deren Wirkung sich schon im dritten Monat des fötalen Lebens geltend macht, hindernd auf die Myelinisation der Windungen einwirkt, da dieselbe ein sich erst nach der Geburt vollziehender Vorgang ist. Machte zu dieser Zeit der Hydrocephalus noch Fortschritte? Oder trifft hier zu, was PELLIZZI vermutet, nämlich, daß in einem unvollständig entwickelten Gehirn die Krankheitsursachen in einem früheren Zeitpunkt einsetzen, als man ihre Wirkung zu beobachten beginnt? Mit unseren Daten läßt sich hierauf eine bestimmte Antwort nicht geben.

Die hauptsächlichsten krankhaften Veränderungen bestanden in unserm Fall aus einer Verdickung der Pia mit Hypertrophie der Gefäßwände, besonders im Gebiet der Pyramiden und des Seitenstrangs. Ferner eine leichte Verdünnung dieses letzteren, und eine Verminderung der peripyramidalen undperiolivaren Fasern, sowie ein anormales kreisrundes Faserbündel, das in seinem Inneren einige Zellen des Hypoglossus einschloß. Dann eine enorme Entwicklung des Kerns des Seitenstrangs, der zum Teil größer war, als bei normalen Individuen. Ebenso beobachteten wir eine über normale Entwicklung der Kerne der Gehirnnerven, während die retrotrigeminalen Fasern wieder schwächer als gewöhnlich waren. Die das Corpus restiforme bildenden Fasern waren dünn und der Nucleus arciformis fehlte.

Es läßt sich unmöglich feststellen, in welchem Zusammenhang die erwähnten krankhaften Veränderungen in einigen Markstrahlen mit der Verdünnung einiger Faserbündel des Stammes stehen. Höchst wahrscheinlich entstand letztere infolge rein lokaler Ursachen. Da Verdickung der Hirnhaut gegeben ist, versteht man nicht, wie die erwähnten Ursachen auf die Bündel einzuwirken und dabei die Kerne zu verschonen vermochten. In diesem Bereich stimmt unser Bericht überhaupt nicht mit denen der anderen Verfasser überein. In dem MINGAZZINI'schen Falle waren z. B. die Markfasern des vorderen Astes der inneren Kapsel schwach entwickelt, ebenso die des mittleren Teils des Hirnschenkels und größtenteils die Querfasern der Brücke. Das ganze System der pyramidalen Fasern und der aufsteigenden Wurzel des Trigeminus war stark verdünnt, ferner war eine Anomalie des Kernes des Corpus restiform und des Seitenkernes vorhanden.

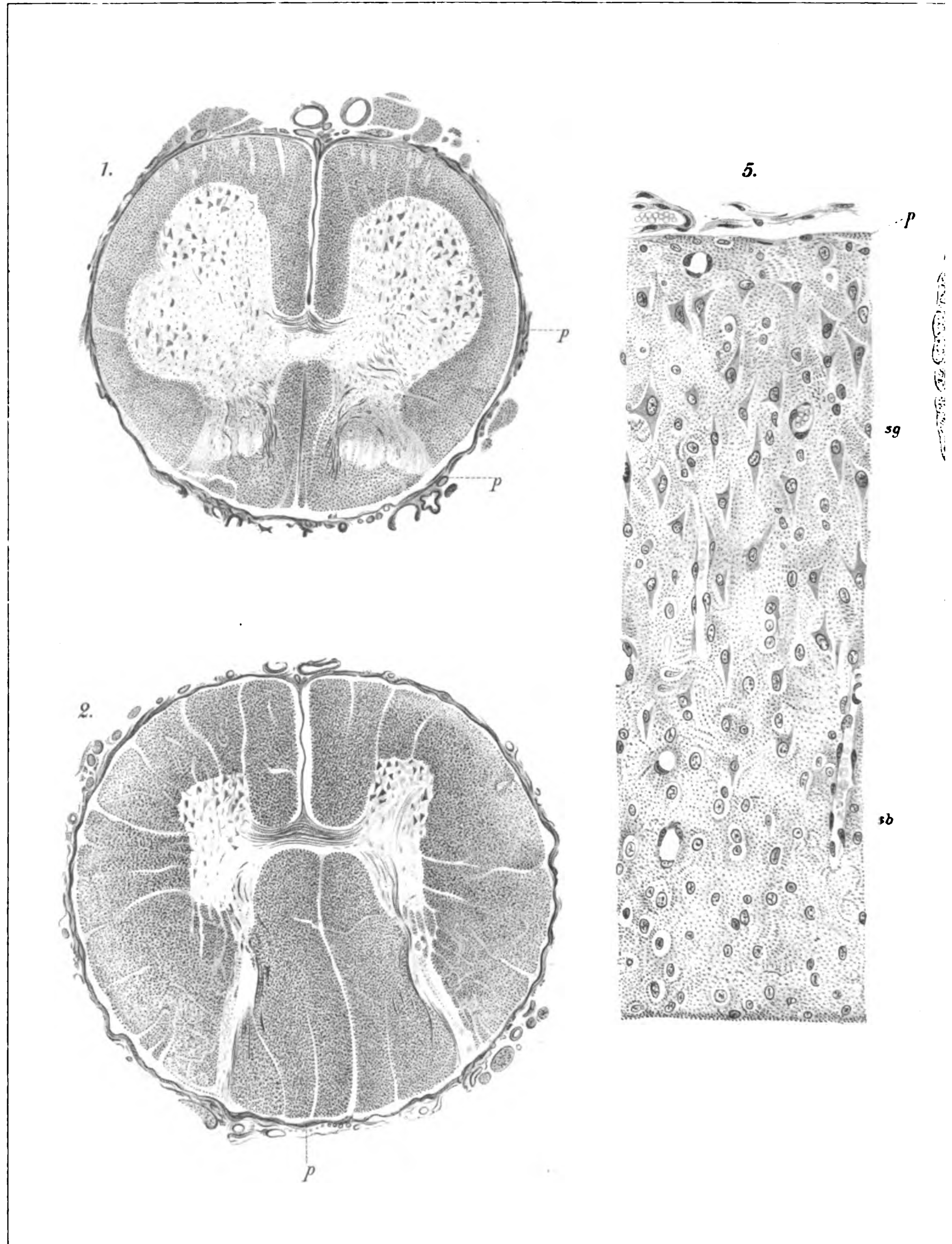
Wenden wir nun unsere Aufmerksamkeit wieder dem anormalen Bündel zu, das in unserm Fall den Hypoglossus umgab, so haben wir hier eine so ungewöhnliche Abweichung vor uns, wie wir sie in der ganzen Literatur nicht wiederfinden, in denen es sich um Entwicklungsstörungen oder dergl. handelte (cf. Zeri (40) und Giannuli (41).

Wichtig ist auch das Fehlen des Nukleus arciformis, ferner die spärliche Entwicklung der äußeren Bogenfasern. In dem Mingazzini'schen Falle war der Kern mehr entwickelt als gewöhnlich. Derselbe Verfasser hat übrigens in einer anderen Arbeit (42) die Ansicht geäußert, daß der Nukleus arciformis in demselben Individuum vielen Veränderungen unterworfen sei, und seine Entwicklung im Zusammenhang mit derjenigen der arciformen Fasern stehe. Deren Veränderlichkeit erkläre sich weiter durch die Tatsache, daß der Nukleus arciformis ausschließlich ein Gebilde des Genus homo sei. Zu ähnlichen Schlüssen gelangte kürzlich auch Volpi (43), welcher entdeckt hat, daß der Nukleus arciformis sich manchmal bis in die Nachbarschaft der spinalen Wurzeln des V. Nerven ausbreitet. Dort geht er über die Pyramiden weg und rechtfertigt so die von Kölliker gebrauchte Redewendung vom Nukleus pyramidalis ventralis. Manchmal soll er sich nach derPeripherie des verlängerten Marks in die Region des Seitenstrangs ausdehnen. Die augenfälligsten krankhaften Veränderungen des Spinalmarks waren in unserm Fall eine leichte sich fast ausschließlich auf das Lumbalmark beschränkende Leptomeningitis, ferner eine Verminderung der Zellen, die besonders in den hinteren Hörnern desselben Gebiets hervortrat. Besagte Zellen hatten ihre charakteristische Form eingebüßt, waren verkleinert und besaßen einen Kern mit unscharfen Konturen. Im Carioplasma fehlten die chromophilen Elemente fast gänzlich. Die Granuli zeigten unregelmäßige Anordnung. Im Rückenmark war der Kern der Zellen beider Hörner nicht sehr deutlich und die Anordnung der Granuli der Clarke'schen Zellen unregelmäßig. Im Halsmark waren die Umrisse der Zellen oft unbestimmt und der Kern nicht immer klar umgrenzt. In mancher Zelle herrscht eine klar zutage tretende zentrale Chromatolysis. — Die in einem großen Teile der Vorderhörner des Rückenmarks seltener auftretenden krankhaften Veränderungen könnten vielleicht in Beziehung zu dem guten Zustand des Pyramidensystems gebracht werden. Aber nicht immer läßt sich ein solcher Zusammenhang mit Sicherheit feststellen. Krankhafte Veränderungen des Rückenmarks wurden in Fällen von Mikrocephalie allerdings mehrfach festgestellt, so von

THEILE (44), BISCHOFF (45), AEBY (46), dann in drei Fällen von GIACOMINI, in zwei Fällen von M. STEINLECHNER GRETSCHNIKOFF (47), von MONAKOW, ANTON (48), PILCZ, MINGAZZINI usw. Der Lehrsatz vom Zusammenhang zwischen den Hirnmißbildungen und dem Entwicklungsstillstand der motorischen Zellen des Rückenmarks wird von mehreren Autoren aufrecht erhalten. So kürzlich von SOLOWTZOFF (49) und von M. STEINLECHNER-GRETSCHNIKOFF, doch versagte er in Fällen wie die von ZAPPERT und WIRTSCHMANN (50), und z. T. auch in dem von DE SANCTIS (51). GIACOMINI behauptet, daß die krankhaften Veränderungen des Rückenmarks (Mikromyelie, Rarefikation der Zellen der Vorderhörner usw.) durch zwei Ursachen entstehen könnten. Nämlich durch die Mißbildung der motorischen Zone, der Hirnrinde und durch direkten Einfluß der wirkenden Kraft, die für die Gehirnanomalie ausschlaggebend war.

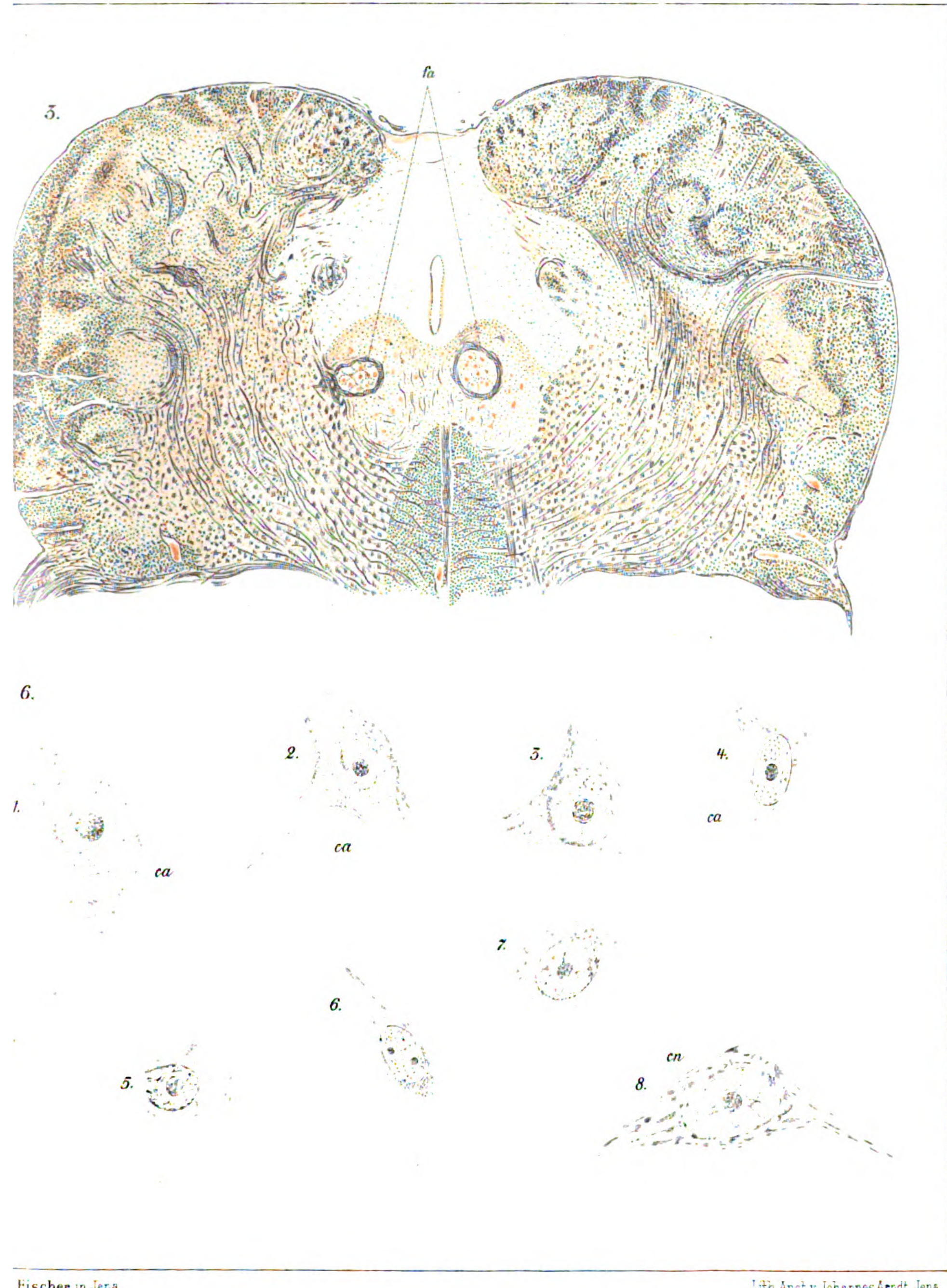
Zugunsten dieser Hypothese erinnert er daran, daß die kurzen Bahnen mit zentripetaler und zentrifugaler Richtung, die nicht unter dem direkten Einfluß des Hirns stehen, in einigen Fällen an Volumen stark vermindert waren oder gänzlich fehlten. MINGAZZINI hält denselben Satz aufrecht. Er fügt zu den Beweisen GIACOMINI's nur noch den hinzu, daß in derartigen Fällen meist eine Disharmonie in der Entwicklung der kurzen Bahnen nicht vorliege, die eine zentripetale oder zentrifugale Richtung haben. Auch führt er an, daß ihm manchmal wirkliche pathologische Veränderungen daran begegnet seien. In einem GIACOMINI'schen Falle fanden sich in den hinteren Strängen zwei trianguläre symmetrische Degenerationsfelder vor. Zugleich waren krankhafte Veränderungen vorhanden, wie man sie bei Tabes begegnet. Diese standen mit einem chronischen Entzündungsprozeß der Hirnhäute in Verbindung. In unserm Fall traten die Veränderungen des Marks besonders in dem Gebiet zutage, wo man der Leptomeningitis begegnete, und diese Tatsache würde für die Hypothese vom lokalen pathologischen Ursprung der Rückenmarkserkrankungen in der Mikrocephalie in Betracht kommen.

Die Möglichkeit atavistischer Bildungen im Rückenmark von Mikrocephalen ist bereits erwähnt worden. GIACOMINI hat dieselbe in 2 Fällen angenommen. Aber CUNNINGHAM und SMITH haben noch andere Argumente GIACOMINI's als Beweise zugezogen. Andere Fälle fehlen. Man hat auch an einen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsgrad der nervösen Zelle und der Morphologie der chromatischen Substanz gedacht. Man nimmt dabei an, daß dem Zellenkörper in der ersten Entwicklungszeit eine unbestimmbare Färbung und eine feine



Mortesano gez.

Verlag von Gusta



Fischer in Jena.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Granulation eigen sei, besonders in der Peripherie, und daß die vollständige Formation chromatischer Schollen das sichere Zeichen einer fortgeschrittenen Evolution der nervösen Zelle sei. In unserm Fall herrschte eine besonders große Unregelmäßigkeit in der Anordnung der Körnchen vor, und dies stünde demnach in Zusammenhang mit einer Veränderung pathologischer Natur.

(Schluß folgt.)

Tafelerklärung.

Fig. 1. Lendenmark. Querschnitt. PAL'sche Färbung. Pia gleichmaßig verdickt. Hie und da neugebildete Gefäße. Fasern des Seitenstrangs spärlich.

Fig. 2. Dorsalmark. Färbung wie oben. Pia nicht so stark verdickt wie dort. Seitenstrang faserarm.

Fig. 3. Querschnitt des Bulbus, kurz vor Öffnung der Zentralkanäle (dorsale Hälfte). Färbung wie oben. Ein Teil der Kernzellen des Hypoglossus ist von einem Kranz von Nervenfasern umgeben.

Fig. 4. Zellen aus der Rinde des Lobul. pararoland. NISSL. In den Zellen 1—7 ist das Protoplasma spärlich, dasselbe besteht aus einer homogenen Masse mit einzelnen Granulis. Bei 2—6 ist der Kern arm an Chromatin. Nr. 8 zeigt Vertiefungen. Die Spitzenfortsätze sind bei allen verkümmert.

Fig. 5. Schnitt durch die Rinde des Gyr. centr. ant. NISSL. *p* = Pia, *sg* = graue Substanz. Gliaelemente zahlreich, Nervenzellen spärlich, Pyramidenzellen klein, ebenso die polymorphen Zellen. *sf* = weiße Substanz.

Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung.

Von

Friedrich Lorentz, Lehrer, Berlin.

(Vortrag, gehalten auf dem „Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge“ zu Berlin am 2. Oktober 1906.)

Es kann wohl keinem aufmerksamen Beobachter unserer Zeit entgehen, daß bei dem Fortschreiten der Kultur immer mehr das Bestreben zutage tritt, stets weitere Kreise unseres Volkes zu befähigen zur Anteilnahme an den gemeinsamen Angelegenheiten. Alle aufwärts gerichteten Kulturbestrebungen erweisen sich als im Dienste der Gesamtheit stehend und auf deren Förderung hinzielend. Soll sich die Menschheit zur höchsten Blüte entfalten und ihre vollste Kraft entwickeln, so muß bereits die Jugenderziehung all ihre Kräfte daran setzen, ein an Leib und Seele gesundes und kräftiges Geschlecht heranzubilden. Die pädagogische Arbeit des Erziehers an der Einzelpersönlichkeit wird zu einem Mittel, das Ganze der Menschheit einer höheren Stufe der Entwicklung zuzuführen, indem schon die Jugend zur Kulturarbeit herangebildet wird. Eine so geartete Erziehung ist aber eine sozial bestimmte, indem ja der Begriff der Kultur stets auf eine Gemeinschaft hinweist. Zu Kämpfern für die Fortentwicklung der Kulturwerte will insonderheit die Sozialpädagogik die Zöglinge heranbilden. Dabei richtet sie ihr Hauptaugenmerk auf die Gestaltung der Willenserziehung, welche wiederum bedingt ist durch das Leben in der Gemeinschaft und umgekehrterweise auch auf dieses ebenso gestaltend wirkt. Eine Gemeinschaft setzt sich nur aus einzelnen Individuen zusammen, in deren Bewußtsein auch wieder nur der Gedanke einer einigenden Gemeinschaft lebendig sein kann. Demgemäß ist bei einer sozialen

Auffassung der Erziehung zunächst die Bildung des einzelnen grundlegend für die Gestaltung des sozialen Lebens überhaupt. So kennzeichnet auch NATORP am treffendsten die von ihm geschaffene, wissenschaftliche Sozialpädagogik als eine Theorie „zum Zwecke der Bildung des sozialen Lebens durch die Bildung des Individuums unter den Bedingungen, die das soziale Leben stellt“.

Nur aus dem Zusammenwirken differierender Kräfte wird die Entwicklung ermöglicht; denn beim Ausschluß jeder fortschreitenden Differenzierung, d. h. Individualisierung wäre keine Höherentwicklung zu erreichen. Es muß sich das Individuum regen und betätigen in seiner besonderen Eigenart, wobei aber nicht die äußeren Umstände und die Wirkungen der Masse gänzlich zu abstrahieren sind. Wenn also schon die Idee der Sozialpädagogik nur eine zureichende Voraussetzung ist für eine wahre Individualitätserziehung, besonders nach der intellektuellen Seite hin, so muß im weiteren auch bei der sozialen Erziehung darauf Rücksicht genommen werden, nach der physischen Seite hin gleich kräftig angelegte Individuen zu erzielen, welche in ihren physischen und psychischen Qualitäten eine Gewähr bieten für einen gesunden Aufbau unseres Volkskörpers.

Die frühere Schulerziehung war ausschließlich, oder doch zumeist nur auf die Ausbildung des Geistes gerichtet. Mehr als es bisher geschehen, wendet unsere heutige Erziehung ihr Hauptaugenmerk auf das leibliche Wohlergehen ihrer Zöglinge in gerechter Wertschätzung des Wahrspruches von JUVENAL: „Mens sana in corpore sano.“ Darauf deutet denn ja auch schon die immer deutlichere Beachtung der Schulhygiene hin Der geistigen Abspannung des Schülers sucht man ein vollwertiges Äquivalent zu bieten durch körperliche Betätigung in frischer, freier Luft. Bei einer genaueren Betrachtung all dieser nur verdienstvoll zu nennenden Bestrebungen will es mir jedoch erscheinen, daß sich dieselben hauptsächlich auf das normale Individuum erstrecken und dessen Bewahrung vor Erkrankung insonderheit im Auge haben. Die meisten unterrichtlichen Unterweisungen der Hygiene unserer Schulen betrachten den Menschen ausschließlich vom naturwissenschaftlichen Standpunkte, nach rein individuellen Bildungsgesetzen. Es fehlt die Berücksichtigung der auf den Schüler einwirkenden gesellschaftlichen Gebilde und Zustände, die Betonung des sozialen Milieus, in dem das Kind aufwächst und welches doch für das Werden des kindlichen Organismus von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Alle die verschiedensten sozialen Gebilde als Familie, Gemeinde, Staat und Volk hat die Sozialhygiene in den Bereich ihrer Untersuchungen und Er-

örterungen gezogen. Sie umfaßt die Bestrebungen zur Assanierung des einzelnen, aber hergeleitet aus den jeweiligen Staats- und Gesellschaftszuständen. Die Beziehungen der Hygiene zu den gesellschaftlichen Gebilden des Lebens und die soziale Bedingtheit der hygienischen Vorkehrungen und Maßnahmen, das sind die Hauptgesichtspunkte der Sozialhygiene. Wenn die soziale Erziehung ihr Endziel darin sieht, die Familie, die Gesellschaft, den Staat und die Menschheit zu erheben zu wahrhaft beseelten Kulturgemeinschaften, so kann ihr in diesem Bestreben die Sozialhygiene eine segensreiche Mithelferin werden in ihrem Wirken zur Erziehung und Bildung eines Menschengeschlechtes, dessen Einzelwesen in ihrer körperlichen und geistigen Naturanlage die früheren Geschlechter übertreffen. Sie verlangt auch dementsprechend von dem Individuum, daß es mit beitrage zum Wohl und Glück der Gesamtheit, indem es seine Handlungen so einrichtet, daß durch seine Arbeit für sich und für andere der Typus Mensch nach PESTALOZZIS klassischen Worten: „sich selbst nur durch die Vollendung seiner Brüder vollende“. Dieses moralische Element der Sozialhygiene, als ein integrierender Bestandteil sozialen Lebens, kann und muß schon dem heranwachsenden Geschlechte in der Schule beigebracht werden. Somit ergänzen und bedingen sich wechselseitig die Sozialhygiene und die soziale Pädagogik, indem durch beide der höchste Erziehungszweck erreicht werden kann: „Die Vervollkommnung der Menschheit zur höchsten Menschlichkeit“ durch eine umfassende Erziehung des Einzelwesens in der Sphäre der Gemeinschaft.

Wenn nun das Individuum teilhaben soll an der Ausgestaltung der Gemeinschaft, so muß auch diese von früh auf ihren Einfluß auf das Individuum geltend machen, und zwar geschieht dies am sichersten durch die Erziehung und Bildung der Jugend. Diese muß darauf gerichtet werden, nicht allein in geistiger Hinsicht eine Steigerung der Qualitäten herbeizuführen, sondern vor allem auch in der Erzielung hervorragender körperlicher Grundwerte muß sie ihr Bestreben suchen. Des ferneren muß sie ihre Maßnahmen vereinigen mit allen denjenigen erziehlichen, die das ganze Leben des Zöglings, der ja nur eine Resultante aus den ihn umgebenden sozialen Faktoren darstellt, umspannen. Dann erst wirkt sie kraft- und willensbildend. Gerade aber die Bildung des Willens ist besonders erforderlich für die Befolgung der Lehren, die uns die Hygiene auferlegt. Wenn die Lehren dieser Wissenschaft populär werden sollen, wenn die Belehrungen über ungesunde Wohnungen, unpassende Ernährung und nicht zweckentsprechende Kleidung

überall in unsere Häuser und Familien Einzug halten und nicht allein nur dem Wortlaut, sondern dem Sinne nach bekannt werden sollen, um das ganze Tun in ihnen zu regulieren, so ist es erforderlich, daß sie der Jugend anerzogen werden. Dadurch wird nicht allein die körperliche Qualität der Individuen erhöht, sondern diese vererben auch die Grundwerte ihrer Persönlichkeit auf Kinder und Kindeskinder, so daß die kommende Generation noch den Segen solcher Belehrung verspürt. Ein besonders dringendes Erfordernis ist die Unterweisung in der Gesundheitslehre für die unteren Schichten der Bevölkerung, da gerade diese Kreise von weit mehr Gesundheitsgefahren schon hinsichtlich ihrer Lebensweise, ihrer Beschäftigungsart usw. umgeben sind, während in besser situierten Kreisen die häusliche Erziehung doch unbemerkt und ungewollt auf eine gesundheitliche und gesundheitsgemäße Entwicklung hinzielt. Es muß eigentlich unsere Verwunderung erregen, daß ein systematischer Unterricht in der Hygiene schon aus zwingenden Gründen noch nicht mehr als bisher Eingang gefunden hat. Trotzdem wird ein rechter Erzieher niemals umhin können, neben den geistigen auch die körperlichen Kräfte seiner Zöglinge in naturgemäßer Weise zu entwickeln, um jede Einseitigkeit aus seinem Tun zu verbannen. Er kann selbst immer in weitgehendster Weise die Forderungen solcher Hygiene in seinem Unterrichte nicht allein beachten, sondern auch durch sein zur Nachahmung reizendes Beispiel und Vorbild zu ihrer Förderung beitragen. Des weiteren ist es ihm möglich, dem kindlichen Geiste und Gemüte die mannigfaltigsten Lehren der Sozialhygiene zur dauernden Einprägung zu bringen. Vor allem aber wird er dem Kinde mancherlei Gewohnheiten, Tätigkeiten und Maßregeln durch öftere Übung und Anleitung zur Befolgung anerziehen, und es dadurch befähigen, sowohl für seine eigene Gesundheit innerhalb der manchmal recht ungünstig auf ihn einwirkenden sozialen Organisationen und ihren Äußerungen, als auch für die seiner Nachkommenschaft wirksam sein zu können. Dann werden wir der Forderung gerecht, die Prof. Dr. M. Breitung auf dem I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene zu Nürnberg im Jahre 1904 stellte: „Die soziale Hygiene soll, als auf freiem Willen beruhend, nicht eine Hygiene ‚für das Volk‘, sondern eine Hygiene ‚aus dem Volke heraus‘ werden“ und die Schulhygiene liefert hierzu den breiten Grundstein. Wenn wir den Zögling dahin führen, daß ihm die gegebenen, fremden Normen auch in der sozialen Hygiene zur Grundlage seines eigenen, legalen Handelns werden, legen wir den besten Grund für seine Sittlichkeit. Eine solche erweist sich am vortrefflichsten in

dem Bestreben, mit den andern Individuen eine Übereinstimmung des Wollens herbeizuführen, zu dem Zwecke, dem Ganzen der Menschheit förderlich und dienstlich zu sein.

Um zu diesem Endzweck der Erziehung zu gelangen, hat die Gemeinschaft drei Organisationen, in denen sich die menschlichen Seiten des Menschentums entwickeln zur Einheitlichkeit in der Gemeinschaft. Diese unterscheiden sich als: Haus oder Familie, Schule und Leben außerhalb des Hauses und der Schule. In ihnen vollzieht sich die Entwicklung des Willens durch den Trieb und das bloße Wollen hinaus zum Vernunftwillen. So hat das Haus es zunächst mit der gesunden Entfaltung des Trieblebens zu tun, während sich die zweite Stufe vorzugsweise mit der Regelung des Willens befaßt, und es der dritten Organisation vorbehalten bleibt, „die Erziehung des Willens zur Ausbildung des sittlichen Bewußtseins in seiner ganzen Tiefe und Weite zu erheben“ (NATORP).

Es ist eine leider nur unumstößliche Tatsache, daß mit der zunehmenden Entwicklung der Zivilisation ein stets größerer Verfall der Familie und zugleich der von ihr ausgehenden Erziehung des jungen Menschengeschlechtes als Folge sich einstellt. Nicht zum wenigsten verschuldet wird dieser Zustand durch die Umwälzung in den Erwerbs- und Lohnverhältnissen der heutigen Zeit, die immer mehr den Klein- und Handbetrieb ausschließen, sich dafür aber um so stärker der Groß- und Maschinenarbeit zuwenden. Diese so umgeänderten Verhältnisse verfehlen nicht, ihren Einfluß auf die Erziehung und Gesundheit im elterlichen Hause auszuüben. Bei der gesteigerten Inanspruchnahme aller Arbeitskräfte, nicht nur der männlichen, sondern auch der schwächeren Kräfte des weiblichen Geschlechtes, ja sogar der Kinder, schwindet das Haus- und Familienleben; vielmehr noch leidet darunter ganz beträchtlich die individualisierende Erziehung des heranwachsenden Geschlechtes. Häufig sind die Eltern nach der anstrengenden Arbeit des Tages nicht mehr gewillt, den Pflichten der Erziehung obzuliegen; sie sind oftmals auch nicht imstande, diese recht zu regeln und handzuhaben, da ihnen dazu die Fähigkeiten fehlen. Aus diesen Reflexionen heraus gelangten namhafte Sozialpädagogen zu der Forderung, die Erziehung gemeinschaftlich in staatlich eingerichteten Anstalten zu bewerkstelligen, schon um die Kinder, auch die große Zahl der unehelichen unter ihnen, am vorteilhaftesten vorzubereiten für das Leben in der organisierten Gemeinschaft. Solcher Erziehung wird dagegen das Bedenken entgegengestellt, daß man alsdann ja noch weit mehr die Erziehungsarbeit den dazu Verpflichteten abnähme,

so daß sie, derselben enthoben, nun erst recht zu derselben unfähig gemacht würden. Darum sieht NATORP das Ideal einer Erziehungseinrichtung in der Bildung von Familienverbänden. Nach Art des Fröbelschen Kindergartens, möglichst im Freien belegen, müßten in ihnen die von allzulanger Arbeitszeit befreiten Arbeiter und vor allem Arbeiterinnen angeleitet werden zur verständigen körperlichen und geistigen Erziehung der Kinder. Nicht allein in pädagogischer, sondern vornehmlich auch in sozialhygienischer Hinsicht würden solche Familienverbände zur gemeinsamen Erziehungsarbeit reichen Segen stiften für die Entwicklung des kindlichen Geschlechts und zugleich für den Aufbau eines gesunden Volkskörpers.

Noch weit mehr, als bisher § 137 der Gewerbeordnung befürwortete, ist die Sozialhygiene bestrebt, die Frauen von der Arbeit in den Fabriken auszuschließen. Die denselben neben der Arbeitszeit verbleibenden Freistunden sind niemals ausreichend, selbst zur Besorgung des kleinsten Haushaltes, ohne daß daraus der Frau als auch den übrigen Familienmitgliedern gesundheitliche Schädigungen erwachsen. Nach den Krankenkassenlisten beziffert sich die Zahl der jährlich auf den Kopf entfallenden Krankheiten für die weiblichen Kassenmitglieder meist doppelt so hoch, wie für die männlichen. Welch eine Reihe sanitärer Mißstände folgt daraus für das gesamte Familienleben in einem Arbeiterhause? Die Kinder wachsen auf ohne jede körperliche Pflege, ohne eine so wohltuende und behagliche Häuslichkeit. Natürlich sinkt bei solchen Kindern die körperliche Widerstandskraft und ihre geistige Leistungsfähigkeit auf das geringste Maß herab. Wie viele solcher beklagenswerten Geschöpfe müssen eine kräftige Mittagsmahlzeit ganz entbehren; wie oft ist das in der Eile zubereitete Essen noch nicht einmal recht gar gekocht; wie häufig wird einzig und allein am Abende, kurz vor dem Schlafengehen eine Mahlzeit genossen, deren Verdauung der kindliche Magen nicht mehr bewerkstelligen kann. Es entwickeln sich Magenkrankheiten der verschiedensten Art, von denen die Untersuchungen der Schulärzte nur zu häufig berichten. Es ist darum notwendig, durch Gesetzesmaßnahmen dahin zu wirken, die Hausfrau von jeglicher Fabriktätigkeit auszuschließen, um sie vor körperlichen Schädigungen zu bewahren und sie ihrem Hauswesen und ihrer Familie wiederzugeben. Mit Freuden zu begrüßen sind die immer fortschreitenden Bestrebungen zur Einführung des Haushaltungsunterrichtes an Mädchenschulen, welcher nicht nur geeignet ist, den häuslichen Sinn unserer Schülerinnen zu wecken und zu beleben, sondern der gleichzeitig auch vielen unter ihnen

ein warmes Mittagsmahl verschafft, welches ihnen das Elternhaus zu dieser Zeit nicht zu bieten vermag. Die Verabfolgung eines warmen Frühstücks an die Schulkinder oder deren Speisung in besonderen Anstalten, wie sie ja bereits in verschiedenen Orten eingerichtet sind, helfen ebenfalls einem dringenden Notstande ab. Solche Veranstaltungen tragen bei, nicht allein zur Sanierung einer kleineren Schülergemeinde, sondern auch zur Hebung des gesundheitlichen Befindens unseres gesamten Volkskörpers.

Aus soziologischen Erwägungen heraus, daß die Erzeugung materieller Werte und Güter allein auf der menschlichen Arbeit, insbesondere auf dem Werk der Hände beruhe, gelangte PESTALOZZI zu seiner Forderung nach Arbeitsbildung. Er war in rechter Wertschätzung des hygienischen Nutzens aller körperlichen Tätigkeit überzeugt, „daß die Arbeitsamkeit vorzüglich geeignet ist, das Gleichgewicht der menschlichen Kräfte zu erhalten und zu stärken“. Nicht zum wenigsten sind nach ihm in den physischen Anstrengungen des Menschen „Faktoren der sittlichen Bildung mit einbegriffen“, sofern nämlich die Tätigkeit auch das ganze innere Sein mit teilnehmen läßt. Diese innere, seelische Gemeinschaft der Zusammenarbeitenden findet ihre natürlichste Stätte in der Wohnstube des Hauses, wo selbst bei einer „Leib und Seele erlahmenden“ Arbeit die Seelen dennoch niemals „taglöhnern“.

Weit entfernt von diesem Ideal der Bildung durch Arbeit und zur Arbeit, welches ja nur der Billigung jedes Pädagogen und auch Hygienikers sicher ist, erscheint mir indessen diejenige Art der Tätigkeit von Schulkindern, welche heut noch trotz des bestehenden Kinderschutzgesetzes einen großen Teil unserer Jugend bedroht mit den schwersten Gefahren in hygienischer, intellektueller und moralischer Beziehung. Durch das Gesetz vom 30. März 1903, betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben wurde versucht, der Ausbeutung kindlicher Arbeitskraft einen Wall entgegenzusetzen. Es bietet insonderheit den Lehrern in Gemeinschaft mit dem Schularzte und den Eltern ein weites und dankbares Feld zu segensreicher Betätigung vor allem auch in hygienischer Beziehung, auf Grund der ihnen im § 20 des Gesetzes zugestandenen Befugnisse. Erwünschter und zweckmäßiger wäre es noch gewesen, wenn jede Beschäftigung schulpflichtiger Kinder erst zugelassen würde, wenn der Lehrer hinsichtlich der geistigen und der Schularzt bezüglich der körperlichen Entwicklung ihr Gutachten abzugeben hätten, um so gesundheitsschädlichen Beschäftigungen der Kinder vorzubeugen, und die physische und psychische Leistungsfähigkeit derselben in Einklang

zu setzen mit den gestellten Anforderungen der Arbeit, um nach Pestalozzis Worten „wahre Menschenarbeit“ leisten zu können.

Um die im Kinde liegenden Anlagen und Kräfte zur rechten Anwendung zu bringen, jedes Individuum als „dienendes Glied des Ganzen“ auf seinen rechten Posten, seinen natürlichen Fähigkeiten und Anlagen entsprechend zu stellen, kann die Schule eine wichtige sozialhygienische Aufgabe der Prophylaxe erfüllen bei der Berufswahl der Schüler. Der Lehrer, durch jahrelange, liebevolle Beobachtung des Schülers mit seinen körperlichen und geistigen Anlagen genau vertraut, könnte den Eltern hilfreich bei der Wahl eines Berufes zur Hand gehen. Der Schularzt würde die Schüler beim Austritt aus der Schule noch einmal einer genauen Untersuchung unterziehen, um einen Maßstab für die körperliche Tüchtigkeit zu erlangen. So würde eine Spezifikation der Arbeitsglieder ermöglicht, einer nutzlosen Verschwendung menschlicher Arbeitskraft in Berücksichtigung beruflicher Talente vorgebeugt; dagegen eine Verbesserung der Art, Zunahme der körperlichen und geistigen Kräfte von Geschlecht zu Geschlecht herbeigeführt und der Regenerationsprozeß der Menschheit fördernd unterstützt.

Zu den wichtigsten Aufgaben des Hauses gehört aber noch die Regelung des Trieblebens in Genuß bei dem Kinde. Gerade zur rechten Entwicklung der Triebrichtung in sexueller Hinsicht hin ist das Haus die natürlichste Stätte und das umsomehr, als hierbei die seelische Entwicklung der Kinder im innigsten Zusammenhange steht mit der physischen. Besonders das geschlechtliche Begehren ist oft nur durch körperliche Zustände bedingt, während andererseits zumeist eine geregelte und den Körper voll beanspruchende Tätigkeit leicht solche Begierden zu bannen vermag.

Bedauerlich für den Moralisten und nicht zum wenigsten auch die erziehliche Tätigkeit erschwerend ist die unerfreuliche Tatsache, daß mehr und mehr eine sittliche Verrohung der Jugend zu konstatieren ist und eine damit zusammenhängende Vermehrung der Geschlechtskrankheiten in allen Schichten der Bevölkerung statistisch nachgewiesen wurde. Hinsichtlich der bedeutenden und schweren Schädigungen, die das soziale Leben durch das Überhandnehmen der Geschlechtskrankheiten erfährt, ist von seiten der Ärzte und Nichtlehrer der Ruf nach Einführung der Sexualpädagogik laut geworden. Die „Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ sprach den Wunsch aus, daß die Jugend in allen Schulen und Erziehungsanstalten über sexuelle Fragen belehrt werde. Bleibt für die letzteren schon insofern diese Pflicht bestehen, als sie ja an

Stelle des Elternhauses die Erziehung übernommen haben, so muß doch die Schule Belehrungen über das Sexualleben durchweg ablehnen, da sie sich durch solche Lehren gar leicht eines der bedeutendsten Erziehungsfaktoren begibt, nämlich der Scham. Am berufensten zur ruhigen und sachlichen Besprechung geschlechtlicher Dinge mit den Kindern erscheint das Elternhaus. Durch ein harmonisches Familienleben im Kreise der an Alter nicht zu verschiedenen Geschwister wird das Kind am sichersten den einfachen und verständnisvollen Sinn der Keuschheitsgesetze erfassen und dann fernerhin durch deren Befolgung jeden Ansturm geschlechtlichen Begehrens zurückschlagen.

Da nun aber bei dem tatsächlichen Niedergang des Familienlebens, besonders nach der sittlichen Seite hin, bei den unteren Volksschichten kaum an eine verständige Unterweisung der Jugend über Sexualfragen zu denken ist, und die Schule bisher nicht gewillt ist, einen sexualpädagogischen Unterricht zu erteilen, so wäre es am zweckentsprechendsten, diese Belehrungen in diejenige Entwicklungsperiode des Menschen hinein zu verlegen, wo nach JESSEN „die Jugend die Schule mit dem Leben vertauscht hat, wo sich der Knabe nicht, wie Schiller in Verkennung tatsächlicher Verhältnisse sagt, stolz vom Mädchen reißt, sondern, wo er erfaßt von der Gewalt dunkler Triebe verlangend und garnicht errötend ihren Spuren folgt". Die Fortbildungsschule, als Erweiterung der allgemeinen Volksschule wäre jedenfalls die geeignete Stätte. Hier könnte die Tätigkeit des ärztlichen Praktikers sich zu einer segensreichen gestalten, indem er vom ärztlichen Standpunkte aus unter den hygienischen Fragen auch die der Sittlichkeit in ihrer Bedeutung für das soziale Leben erörtern könnte, um vor allem geschlechtliche Enthaltsamkeit und Keuschheit denjenigen anzuerziehen, die in besonderer Gefahr stehen, durch Unerfahrenheit ihre sittliche Reinheit einzubüßen. Sie zu bewahren vor einem jugendlichen Greisentum, sie dagegen als lebensfrohe Knospen frisch zu erhalten am grünenden Baume der Volksgesundung wird der schönste Erfolg solcher Bestrebungen sein.

Am vortrefflichsten geeignet zur Regelung des kindlichen Willens und zur Einfügung in feste Gesetzesformen ist die öffentliche Erziehung, insbesondere als Erziehung in der Schule. Ihr fällt die hohe Aufgabe zu, alle Seiten des Menschenlebens zu bilden. Bei dieser Auffassung ihrer Wirksamkeit genügt natürlich nicht allein mehr ihre unterrichtliche Tätigkeit, sondern die soziale Schulerziehung muß den Zögling hineingewöhnen in die feste Organisation einer

sozialen Gemeinschaft, ihn erziehen zu den Aufgaben der Gesamtheit, damit er sich ihrer in rechtem Solidaritätsgefühl entledige zur Förderung der sozialen Kultur.

Gerade zur Frage der Schulorganisation nach sozialen Gesichtspunkten ergeben sich mancherlei Beziehungen zur sozialen Hygiene, und in gleicher Weise, wie sich hier die Pädagogik umgestaltet hat zu einer sozialen, so ist es erforderlich, die bisherige Schulhygiene auszubauen nach sozialen Gesichtspunkten, und sie dadurch zur vollsten und humanitärsten Wirksamkeit zu entfalten.

Die Sozietät stellt an die Schule die Forderung, ihren drei Formen, nämlich der „Individualisation, der Generalisation und dem stetigen Übergang“ nach Natorps Formulierung gerecht zu werden. Hieraus ergeben sich sodann für die Schule drei Organisationsfragen, zu deren Beantwortung auch die Sozialhygiene gewichtige Argumente zu liefern vermag.

Der Staat hat für alle Kinder den Schulzwang ausgesprochen. Darum haben auch alle Kinder das Recht auf eine Ausbildung ihrer Anlagen und Fähigkeiten, soweit es ihre Beanlagung zuläßt. Hinsichtlich derselben ist aber das Schülermaterial ein recht verschiedenes, so daß sich hier das dringendste Gebot nach Individualisierung von selbst ergibt. Ein großer Teil der in die Schule Eintretenden ist bereits körperlich minderwertig, wie es uns ja immer wieder die Berichte der Schulärzte vor Augen führen. Daneben gibt es aber doch noch eine Reihe von Kindern, die in ihrer geistigen Entwicklung von den normalen abweichen. Gerade diese anormalen Kinder geben in physischer, moralischer und intellektueller Beziehung ein schlechtes Beispiel für ihre Mitschüler ab, so daß dringend eine Abscheidung solcher Kinder von den übrigen geboten erscheint. In besonderen Anstalten, wie denjenigen für Epileptiker, Idioten, ferner in Hilfsschulen muß für ihre unterrichtliche Versorgung durch besondere pädagogische Maßnahmen Vorkehr getroffen werden, um sie aus Feinden der Gesellschaft zu nützlichen Gliedern derselben heranzubilden. „Allgemeine Emporbildung der inneren Kräfte der Menschennatur zu reiner Menschenweisheit ist allgemeiner Zweck der Bildung auch der niedersten Menschen“, dieses Wort Pestalozzis, des Sozialpädagogen kat'exochen, gilt insonderheit für die Bestrebungen zur Bildung der Schwachsinnigen und Schwachbegabten. In Verfolg des sozialhygienischen Grundsatzes, „je ungünstiger die physische und psychische Beschaffenheit des Erziehungsobjektes ist, desto günstiger müssen die Erziehungsbedingungen sein“, ist der soziale Sinn unserer Zeit bestrebt, Ein-

richtungen zu treffen für die geistig Schwachen und Hilfsbedürftigen. In glücklicher Paarung von pädagogischer und hygienischer Einsicht haben sich diese segensreichen Einrichtungen immer mehr entwickelt zu notwendigen Aggregaten unseres Volksschulkörpers. In Mannheim hat nach den Reformvorschlägen des dortigen Stadtschulrates Prof. Dr. SICKINGER eine Organisation Eingang gefunden, die als hochbedeutsame sozialhygienische Institution auf dem Gebiete des Unterrichtswesens anzusprechen ist und einen gewiß sehr beachtenswerten Vorschlag darstellt zur zweckmäßigen Lösung der Schulorganisationsfrage in der Perspektive einer sozialen Pädagogik und Hygiene.

Eines der unangenehmsten Produkte unserer sich fortentwickelnden Kultur ist die in unserer heutigen Zeit oft konstatierte Nervosität unseres Zeitalters. Nicht allein, daß diese bei Erwachsenen zu finden wäre, nein auch die Kinder besonders in den Großstädten stellen ein ziemlich bedeutendes Kontingent der damit Belasteten. Vielfach hat man wohl die Schule mit ihren gesteigerten Ansprüchen des Unterrichts dafür verantwortlich zu machen gesucht, jedoch ist diese Anklage hinfällig, besonders was die Volksschule anbetrifft, wenn man bedenkt, wie in der Zeit der Kinderforschung die Didaktik und Methodik bestrebt sind, sogar auf experimenteller Grundlage Mittel und Wege zur geeignetsten Aneignung der Bildungsstoffe zu finden. Gar häufig liegt der Grund zu solchen Übeln in der Unvernunft, in der übertriebenen Eitelkeit vieler Eltern. Da die geistige Bildungsfähigkeit eines Schülers nicht immer den pekuniären Verhältnissen seiner Eltern proportioniert ist, so wird hier zumeist ein für die geistige Entwicklung des Kindes verhängnisvoller Fehlgriff getan in der Wahl der Bildungsanstalt. Bei den zu hohen Anforderungen an die geistige Leistungskraft wird das jugendliche Individuum in körperlicher und geistiger Hinsicht einem falschen vorgesteckten Ziele geopfert. Die in unserer Zeit so aktuellen Schülerselbstmorde, mancherlei Exzesse brutaler Eltern und Erzieher gegen lernschwache Kinder finden in diesem Übelstande ihre Erklärung. Die Frage der rechten Schulausbildung wird somit zu einer auch für die soziale Wohlfahrt hochbedeutsamen. Zu diesem Punkte fordert die Sozialpädagogik eine „allgemeine Volksschule", in der alle in dem Menschen ruhenden gleichen Grundwerte bei allen Kindern gleich entwickelt würden und durch welches Verfahren „alles Menschenmögliche getan würde zur Gewährung gleicher Chancen, gleicher Lebensaussichten an alles, was Menschenantlitz trägt" (DÖRING). Gewiß wird eine solche Schule, aufgebaut auf psycho-

logischen Grundlagen, ausgestattet mit Veranstaltungen für die geistig und körperlich Schwachen am vorteilhaftesten die Bildung einer Gemeinschaft bewirken und „die Völker werden fortan die führendsten sein auf Erden, welche die Idee der Nationalschule am reinsten verwirklicht haben“ (NATORP).

In Verfolg der KANTschen Idee der Kontinuität aller Naturerkenntnis ist auch die soziale Pädagogik überzeugt davon, daß mit der Schulbildung allein der Bildungserwerb nicht abgeschlossen sein kann, sondern bei der „Freiheit des Individuums“ soll jeder ohne Unterschied des Standes und Geschlechtes ein Anrecht darauf haben, in lückenlosem Fortschritt bis zur höchsten Spitze der Bildung und Wissenschaft geführt zu werden. Auf dem Untergrunde, der durch die Erziehung in Haus und Schule gelegt worden ist, soll die weitere Bildung eine freie Selbsttätigkeit des einzelnen sein. Nachdem der bisherige autoritative Gehorsam ausgeschaltet worden ist, soll ein freier Vernunftwille die Triebfeder zur Gestaltung sozialen Lebens werden. Gerade dieser aber ist auch für die Sozialhygiene der mächtigste Regulator aller Maßnahmen und Vorkehrungen, durch welche eine Verbesserung der Volksgesundheit und eine Herabminderung des Pauperismus in den unteren Volksschichten herbeigeführt wird.

Die Sozialhygieniker sind überzeugt, daß zur Abstellung gesundheitlicher Schäden und zur Förderung sanitärer Zustände gesetzliche Verordnungen und Erlässe nutzlos sind wenn nicht die Zweckmäßigkeit solcher Maßnahmen in den weitesten Volkskreisen erkannt wird und diese von ihnen in verständnisvoller Weise in die Tat umgesetzt werden. Darum appelliert die Sozialhygiene mit ihren Ratschlägen zur Bekämpfung der gefährlichen Volkskrankheiten, insonderheit zur Unterdrückung der am Marke unseres Volkes zehrenden Tuberkulose an die verständnisvolle Mitarbeit aller Kreise unseres Volkes, und auch der Mithilfe der Schule als einer gleichfalls sozialen Organisation kann sie niemals dabei entraten. Wenn in der Schule schon begonnen wird, die durch Indolenz und manche Voreingenommenheit herabgeminderten sozialen Lebensbedingungen wieder zu bessern, so wird nicht allein die Jugend selbst den größeren Nutzen davon haben, sondern auch die Schule wird den wohltätigen Einfluß in der Verbesserung des Schülermaterials verspüren. Den größten Vorteil aber hat unser Volk, indem wir ein gesundes, kräftiges und fruchtbares Geschlecht erziehen. Dazu ist die Mitarbeit aller erforderlich, da die Angehörigen einer Nation solidarisch verbunden sind. Jedes Glied, auch das letzte, muß an

seinem Teile, nach seinen Kräften an das Kulturwerk und an die Lebensbesserung mit Hand anlegen, wenn nicht anders. „das Staatsschiff unter dem Minierwerk des Wurmes der depotenzierten Volkskraft zugrunde gehen soll" (BREITUNG).

Die fortschreitende Kultur unserer Zeit stellt immer neue Aufgaben an jeden einzelnen. Um diesen gerecht werden zu können, erstrebt die soziale Pädagogik eine Ausbildung von Gegenwartsmenschen, die alle ihre Kräfte in den Dienst des Ganzen stellen. Darum sieht sie als Hauptmittel der Erziehung die Eingewöhnung in die Lebensformen einer sozialen Gemeinschaft an und berücksichtigt dabei die gesamten wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse der heutigen Gesellschaft. Demgemäß kann sie auch nicht die Bedeutung und Wirksamkeit der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Individuen in ihren sozialen Gruppierungen abstrahieren und achtlos an den Maßnahmen vorübergehen, welche die gleichfalls auf die soziale Wohlfahrt hinzielende Sozialhygiene zur Erhaltung der Kollektivgesundheit sozialer Organismen vorgezeichnet hat. Durch die Sozialpädagogik in Gemeinschaft mit der sozialen Hygiene wird der Geist der Solidarität hineingepflanzt in die Glieder einer Gemeinschaft zur gedeihlichen Fortentwicklung derselben in wahrer Betätigung des PESTALOZZI-Wortes:

„Nicht mir, sondern den Brüdern,
Nicht der eigenen Ichheit, sondern dem Geschlechte!"

Besprechungen.

Dr. phil. **H. Seyfarth,** Pastor am Hamburger Zentralgefängnis: Soziale Fürsorge zur Verhütung der Kriminalität Jugendlicher unter besonderer Berücksichtigung der Hamburger Verhältnisse, in „Soziale Medizin und Hygiene, Bd. I, 1906.

Verf. rühmt als vorbildlich die englischen Verhältnisse, die tatsächlich in mehrfacher Hinsicht sich trefflich bewährt haben, so unter anderem für Fürsorgezöglinge das reformatory ship, Besserungsschiff, das sich auch für Hamburg empfehlen würde. Wichtig sind die neuen Hamburger Bestimmungen, daß künftig Kinder auch prophylaktisch Zwangserziehung erhalten können, in dem Falle, daß das Belassen bei den Eltern schwere moralische Gefahren bietet. WEYGANDT.

Hugo Laser, Schularzt in Königsberg i. Pr., Das Nägelbeißen der Schulkinder. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, XIX, 1906.

Es ist eine dankenswerte Anregung, der neuropathischen Unsitte auf die Spur zu kommen; untersucht wurden 2460 Schüler von Volks-, Bürger- und höheren Töchterschulen, sowie 102 Hilfsschüler. In manchen Hilfsklassen betrugen die Onychophagen bis gegen 40 %. Doch läßt dies Ergebnis bisher keine weiteren Schlüsse über den Einfluß von Alter, Charakter, Gesundheitszustand usw. zu. WEYGANDT.

Nelly Wolffheim, Zur Geschichte der Prügelstrafe in Schule und Haus. Berlin, Frensdorff, 1906, 71 S. 1 Mk.

Verf. zeigt, daß schon im Altertum namhafte Stimmen gegen die Prügelpädagogik laut wurden; weniger im Mittelalter. Die Schulstrafen waren damals vielfach gesundheitsschädlich, z. B. essen aus dem Hundetrog. Luther warnte vor Übertreibung; Commenius, A. H. Franke, Salzmann, besonders Rousseau suchten die körperlichen Strafen zu mindern. Eingehend wird die Stellung der Pädagogen und Schriftsteller des XIX. Jahrhunderts bis auf unsere Tage gegen das Prügeln geschildert; die meisten wollen jeden Schlag unterdrücken. Die Schrift verdient die Beachtung unserer Leser, um so mehr, als sogar im Bereich der Schwachsinnigenerziehung die Prügelpädagogik leider noch nicht ganz ausgemerzt ist. WEYGANDT.

Dr. **Käthe Schirmacher,** Die amerikanischen Kindergerichte nach dem Bericht des Jugendrichters Lindsey in Denver. In: Sozialer Fortschritt, Nr. 78, Leipzig, Felix Dietrich, 1906. 25 Pfg.



22 amerikanische Staaten, Städte von Kanada und Irland, sowie Adelaide haben die Einrichtung, daß Jugendliche bis zu 16 Jahren sowie die mit ihrer Aufsicht betrauten Personen von einem besonderen Jugendrichter zur Rechenschaft gezogen werden können. Vorzugsweise wird mit der Methode freier Aussprache, freundlicher Ermahnung und bedingter Begnadigung gearbeitet.

Die Wirksamkeit muß bisher durchaus als ausgezeichnet betont werden. In Deutschland wäre ein Versuch wohl schwierig, jedoch keineswegs unausführbar. WEYGANDT.

K. Schips, Anstaltsvorstand (Schloß Neresheim), Pfarrer und Bezirksschulinspektor. Einige Schädelmessungen an schwachsinnigen Knaben. Ztschr. f. d. Beh. Schwachs. u. Epileptischer, Sept. 1906, Nr. 9.

Der Verf. hat die Schädel von 64 schwachsinnigen Knaben gemessen und gefunden, daß Schwachsinn der Knaben fast immer mit Brachykephalie verbunden sei und daß gerade die höheren Indices fast regelmäßig von Mißbildungen des Schädels begleitet seien. Verf. hat die Knaben durch die Oberin in acht verschiedene Talentklassen einteilen lassen, er faßt die übertriebenen Formen seiner brachykephalen Schwachsinnigen als Hemmungsbildungen auf und schiebt die Schuld teilweise der Sitte zu, die Neugeborenen in weiche Federkissen zu legen; weiter würden durch diese Lage, verbunden mit Einkeilung des Kopfes, die verschobenen Schädel hervorgerufen. Für die Theorie der Entstehung der Brachykephalie auf diesem Wege beruft er sich auf Med.-Rat Dr. WALCHER (Ztbl. f. Gynäk.). An einer Kurve zeigt Verf., daß mit zunehmender Brachykephalie auch die geistige Befähigung gleichmäßig abnimmt. Schädelmißbildungen sollen die geistige Qualität noch mehr erniedrigen. Verf. glaubt, daß zur Diagnose der Bildungsunfähigkeit die Schädelmessung herangezogen werden könne und daß es zwar falsch wäre, Geistesschwäche allein auf Schädelveränderungen zurückzuführen, daß der Schädelveränderung jedoch großer Einfluß auf die geistige Entwicklung zuzuschreiben sei. Verf. empfiehlt, den Schädel der Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten möglichst vor Einengung zu schützen.

Die Beweiskraft der Arbeit des Verf. wird, abgesehen von der kleinen Zahl der Untersuchten, vor allem dadurch abgeschwächt, daß die Schwachsinnigen in acht verschiedene Talentklassen getrennt werden, was sich ungezwungen wohl schwer durchführen läßt. Weiter ist die Sitte, Neugeborene in weiche Kissen zu betten, eine derart verbreitete, daß brachykephale Köpfe die Regel sein müßten und daß parallel dazu die Zahl der Schwachsinnigen verlaufen müßte. Der Beweis, daß bei Völkerschaften mit brachykephalem Kopfe Schwachsinn häufiger sei als bei solchen mit dolichokephaler Bildung, ist meines Wissens noch nicht erbracht. Wir können den auf die kraniometrischen Resultate aufgebauten Schlüssen nicht zustimmen, halten auch die psychiatrische Beurteilung der Kinder nicht für kompetent. Einen wissenschaftlichen Wert können solche Untersuchungen natürlich nicht beanspruchen. Oberarzt Dr. HOPF-Potsdam.

L. Burgerstein, Schulhygiene. 96. Bändchen von „Aus Natur und Geisteswelt“. Verlag B. G. Teubner, Leipzig, 1906. 138 Seiten. Preis geheftet 1 Mk., gebunden 1,25 Mk.

Das Büchelchen führt in außerordentlich prägnanter Weise in das Gebiet der Schulhygiene ein. Was an ihm in erster Linie Anerkennung verdient, ist die vorzügliche Stoffauswahl, die trotz der Kürze des verfügbaren Raumes nichts Wesentliches vermissen läßt, auf die Hauptsachen aber mit Nachdruck den Finger legt und dabei ein lebendiges Gesamtbild von der Vielfältigkeit und Wichtigkeit der in der Schulhygiene vorliegenden Fragen, sowie von der vielen Arbeit bietet, die auf diesem Gebiet noch zu leisten ist. Anerkennen muß man ferner auch die Ruhe und die von jeder Voreingenommenheit sich fernhaltende Sachlichkeit des Urteils, das nichts unter-, vor allem aber auch nichts überschätzt. Bei aller Gemeinverständlichkeit geht doch auch ein frischer wissenschaftlicher Zug durch das Ganze hindurch. 33 Abbildungen erhöhen den Wert des Buches wesentlich. Für jeden, der in das Gebiet der Schulhygiene eindringen möchte, wird es eine schätzbare Lektüre sein, und es kann nur mit Beifall begrüßt werden, daß Schulbehörden die Anschaffung des Werkchens für Schulen usw. warm empfohlen haben.

HENZE-Hannover.

Schaffer, Beiträge zur Nosographie und Histopathologie der amaurotisch-paralytischen Idiotieformen. Arch. f. Psych. 42, S. 127.

Sch. schließt sich auf Grund des histologischen Befundes (eigenartiger Schwellungsprozeß der Nervenzellen) der durch klinische Betrachtungen gewonnenen Auffassung von H. VOGT an, nach welcher die SACHS'schen Fälle infantiler familiärer amaurotischer Idiotie mit der von SPIELMEYER beschriebenen juvenilen Form einen einheitlichen Typus bilden. Doch gebe es außerdem noch eine teratologisch entstandene, nicht familiäre Form der amaurotischen Idiotie. Als Beispiel wird ein anatomisch sehr sorgfältig untersuchter Fall von amaurotisch-spastischer Idiotie mitgeteilt, bei welchem Entwicklungshemmungen des Gehirns (symmetrisch-defekte zentrale Marksubstanz und fehlende Sehstrahlung) die ausschlaggebende Rolle gespielt hatten.

RAEKE-Kiel.

Huismans, Ein Fall von Tay-Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie. Deutsche Med. Wochenschr. 1906, Nr. 43.

Interessante Mitteilung eines im ganzen typischer Falles der Krankheit, der sich noch in Behandlung befindet. Wesentlich ist, daß es sich um ein Kind aus christlicher Familie handelt. Im ophthalmoskopischen Bild findet sich Sehnervenatrophie, der Maculabefund fehlt. Die zurzeit strittige Frage, ob letzterer unbedingt zum Gesamtbilde gehört — ein vorzüglicher Kenner der Krankheit (SCHAFFER) hat dies dem Ref. u. a. gegenüber unlängst behauptet — kann nur durch auch autoptisch gesicherte Fälle beantwortet werden.

H. VOGT.

Mönkemöller, Geisteskrankheit und Geistesschwäche in Satire, Sprichwort und Humor. C. Marhold, Halle a. S, 1907, 261 Seiten. (Preis 6 Mk.)

Das Buch hat drei Wurzeln: die eine liegt in einer reichen psychiatrischen Erfahrung, die andere in einer ausgedehnten Literaturkenntnis und die dritte in einer hervorragenden stilistischen Begabung. Die Schrift

bietet so neben umfassender Sammelarbeit eine kritische Darstellung in lebendiger Färbung, auch die eigenen Ausführungen des Autors enthalten manche Perle köstlichen Humors und manches tiefere, allerdings oft mit zu herber Satire geschmückte Urteil. Die Erzeugnisse der Literatur, der Musik und bildlichen Darstellung usw., die sich mit psychiatrischen Dingen befassen, finden Besprechung; obwohl das Interesse in erster Linie dem Dargestellten gilt, kommt auch der Standpunkt des Darstellers, seine Individualität, die Strömung seiner Zeit zu ihrem Rechte. Natürlich sind es weniger die schweren Formen geistiger Umnachtung, die in die betrachteten Gebiete hineinragen, als die leichteren, vor allem die Grenzzustände. Ihnen ist noch mehr von der heiteren Seite des Lebens gegönnt, ihnen begegnen wir im Volksmunde wie in den genannten Kunstgebieten, unter den angeborenen Schwächezuständen also vor allem den leichteren Formen des Schwachsinns. Oft ist kurz auf das Wesen psychiatrischen Wirkens hingewiesen und versucht das Vorurteil, das gegen jene Tätigkeit vielfach herrscht und derbe Blüten nicht selten treibt, zu überbrücken. Das Buch sei nicht nur den psychiatrischen Kollegen bestens empfohlen, sondern allen, die sich aus Beruf oder persönlicher Neigung für die psychiatrische, literarische oder kulturelle Seite des Problems interessieren. H. VOGT.

Stritter, Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und den übrigen europäischen Staaten. Hamburg 1902. Mit Nachtrag 1904. Agentur des Rauhen Hauses. 138 und 21 Seiten. (Preis 1,50 Mk.)

Das Büchlein enthält eine vortreffliche Zusammenstellung der Anstalten, die Angaben sind besonders für das deutsche Sprachgebiet detailliert. Genaue tabellarische Anordnungen und eine Karte erleichtern den Überblick. Die Aufzählungen enthalten zumeist für jede Anstalt: Gründung, Unterhalt, Notizen über Aufnahmebedingung, Zahl und allgemeine Krankheitsart usw. der Insassen, Unterricht, Einrichtung für Beschäftigungen, Todesfälle, Sektionen, dann über die Leitung, ärztliche Versorgung, Lehrer und sonstige Angestellte, ferner das Bausystem, wirtschaftliche Bemerkungen und behördliche Aufsicht. Das Buch ist allen für das Gebiet Interessierten (Ärzten, Lehrern, Verwaltungsbeamten usw.) sehr zu empfehlen. H. VOGT.

Der Alkoholismus, seine Wirkungen und seine Bekämpfung, Herausgegeben vom Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus. B. G. Teubner, Leipzig 1906. I. Teil 124 Seiten, II. Teil 128 Seiten. 103. und 104. Bändchen der Sammlung aus Natur und Geisteswelt. (Preis je 1,25 Mk. gebunden, 1 Mk. ungebunden.)

Der 1902 gegründete Verband gibt in den beiden Bändchen die Vorträge und Resultate der wissenschaftlichen Kurse zum Studium des Alkoholismus (1904 und 1905) einem größeren Kreis bekannt. Aus den Arbeiten interessiert hier vor allem: W. WEYGANDT, Der Alkohol und das Kind, sowie M. HARTMANN, Die Aufgaben der Schule im Kampf gegen den Alkoholismus. WEYGANDT faßt sein Thema von zwei Seiten an: 1. Degeneration der Nachkommenschaft infolge Trunksucht der Eltern,

2. Schädigung der Entwicklung durch direkten Alkoholgenuß in der Kindheit. Die Erfahrungen des Tierexperiments, der Statistik, der unmittelbaren klinischen Beobachtung sind eingehend gewürdigt; die Ausführungen, die den ganzen Ernst der Frage lebhaft vor Augen führen, gipfeln in den Worten: „Keinen Tropfen Alkohol im Kindesalter, haltet die Jugend rein von diesem Gift!" HARTMANN bezeichnet mit Recht die Aufgabe der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus als eine „große Mission". Die Einwirkung, die durch Belehrung, Anregung zu Spiel und Sport, durch „alkoholfreie Spaziergänge" usw. geschehen muß, wird erschöpfend dargestellt.

Die anderen Aufsätze behandeln das Gebiet nach den verschiedensten Seiten hin, so in Beziehung zur Arbeiterfrage, zur Armenpflege, zum Verkehrswesen. Geisteskrankheiten und Nervosität sind besonders behandelt, ebenso die Beziehungen zur Prostitution. Die Bearbeitung liegt allseits in bewährten Händen. Möge der Verband durch diesen neuen Vorstoß im Kampf gegen den Alkoholismus, der zugleich ein solcher für deutsche Volkskraft und -Gesundheit ist, sich weitere Freunde und tatkräftige Mitkämpfer erringen. Anlage und Inhalt der vorliegenden Schriften ist jedenfalls bestens dazu angetan. H. VOGT.

Siebold, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie.
Heyn, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Idiotie. — Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1906. Nr. 16—18 u. Nr. 18.

Beide Arbeiten gründen sich auf die Fragebogen für Epileptische und für Blödsinnige, die nach dem Vorschlage ALT's für die Provinz Sachsen eingeführt sind, und die besonderes Gewicht auf die ätiologischen Fragen legen.

Die Arbeit SIEBOLD's gibt Resultate aus den Fragebogen über 913 epileptische Kranke, die vom 1. IV. 1899—1. IV- 1906 in Uchtspringe aufgenommen sind. Sie bestätigt zum Teil schon länger bestehende Annahmen: Das männliche Geschlecht wird häufiger betroffen, als das weibliche (59,2 % : 40,8 %). 83 % aller Epileptiker erkranken vor dem 20. Jahr. Die mütterliche Belastung überwiegt anscheinend im Sinne der „gekreuzten Vererbung".

Von 646 Epileptikern — in den übrigen 267 Fragebogen war kein ursächliches Moment angegeben — lag bei 55 % erbliche Belastung vor. Bei 42 % bestand Epilepsie in der nächsten Blutsverwandtschaft; in 18,8 % Alkoholismus der Erzeuger. Während bis hierher die Ergebnisse nicht wesentlich von denen anderer Statistiken abweichen, bringen die Uchtspringer Fragebogen eine sehr große Zahl von Erkrankungen, bei denen, ohne daß erbliche Belastung vorlag, einzig und allein eine bestimmte äußere Schädigung als Ursache der Epilepsie angegeben ist: in 30 % der Fälle. Davon entfallen: 10 % auf Trauma, 2,9 % auf Alkoholismus, 1,1 % auf Rhachitis (6 mal), chronische Chromvergiftung (1 mal), chronische Bleivergiftung (2 mal). Den Hauptanteil nehmen 16 % = 104 mal akute Infektionskrankheiten in Anspruch: Hirnhautentzündung und Kinderlähmung 33, Scharlach 25, Masern 15, Typhus 7, Diphtherie 5 Fälle. Die übrigen Fälle verteilen sich auf andere Infektionskrankheiten. — Hier erwähnt Verfasser kurz, daß in Uchtspringe ein Teil derartiger Fälle von Epilepsie durch spezifische Sera erfolgreich beeinflußt sind.

Wie die Zahlen der SIEBOLD'schen Arbeit das Gebiet der „genuinen“ Epilepsie verkleinern, ist die Arbeit HEYN's geeignet zu zeigen, daß bei einer weit größeren Anzahl von Idioten, als gemeiniglich angenommen wird, die Idiotie eine durch äußere Momente „erworbene“ ist. Bei 290 Idioten, deren Fragebogen zur Verfügung standen, zeigte sich erbliche Belastung in ca. 50 % der Fälle (gegen ca. 80 % der gewöhnlichen Annahme). Kurz gestreift werden die Einwirkungen der unehelichen Geburt, von intrauterinen und Geburtsschädlichkeiten und die Schädigungen durch Kaffee und Alkohol. Näher geht Verfasser auf den Zusammenhang von Idiotie und Rhachitis ein. Die Hälfte der 290 Idioten hat an Rhachitis gelitten; es muß daher ein Zusammenhang angenommen werden: Idiotie und Rhachitis „erwachsen häufig aus derselben Wurzel, aus der unzureichenden und unzweckmäßigen Ernährung des werdenden Kindes“. Hier soll die Tätigkeit des Arztes einsetzen, die vorwiegend eine vorbeugende sein wird.

Nicht ganz so groß, wie für Rhachitis, aber auch überraschend hoch sind die Zahlen für Zahnkrämpfe und Infektionskrankheiten: 26 % männliche, 29 % weibliche Idioten haben an Zahnkrämpfen, 21,7 % männliche, 38,7 % weibliche an Infektionskrankheiten gelitten, bevor die Idiotie bemerkt wurde. Bei 12,6 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen Kranken ist vom Fragebogen ausfüllenden Arzt eine Infektionskrankheit direkt als Ursache der Idiotie angegeben; bei einer ungefähr ebenso großen Zahl wird eine solche als sehr wahrscheinliche Ursache bezeichnet. Eine große Rolle spielen die akuten Magendarmerkrankungen.

Verfasser kommt auf Grund der von ihm gefundenen Zahlen zu der Annahme, daß nicht, wie die meisten Lehrbücher meinen, $^1/_4$ oder $^1/_3$ der Idioten, sondern die Hälfte von ihnen an „erworbener“ Idiotie krankt.

HEYN-Uchtspringe.

„Die Hilfsschule“, Organ des Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands. Redaktion: **A. Henze,** Rektor der Hilfsschule II, Hannover. Heft 1, 2, 3, 4, 5, 6. 1904—1906. Selbstverlag des Verbandes.

Der „Verband der Hilfsschulen Deutschlands“ gibt seit etwa 2 Jahren ein eigenes Organ heraus, das zunächst für den Verkehr der Verbandsmitglieder unter sich bestimmt ist, es bringt aber eine große Menge allgemeiner Fragen über das Hilfsschulwesen und ihm nahestehende Gebiete zur Erörterung. Die Leitung des Organs ist eine vorzügliche und alle, welche der Erziehung und dem Unterrichtswesen für Schwachsinnige nahestehen oder sich dafür interessieren, werden aus dem Blatt Anregung und Belehrung schöpfen. Aus dem Inhalt der bis jetzt erschienenen 5 Hefte beansprucht hier das nachstehende besonderes Interesse. Die Publikationen über die spezielle Organisation der Hilfsschulen im In- und Auslande und ähnliche pädagogische Fragen sollen im folgenden nur mit dem Titel namhaft gemacht werden, da über diese Angelegenheiten unser verehrter Mitarbeiter Herr Rektor HENZE-Hannover, der Fachmann in diesen Dingen ist, zurzeit und auch noch in der Folge in dieser Zeitschrift berichtet.

Heft 1 bringt Mitteilungen über deutsche Hilfsschulvereinigungen und über Fürsorgebestrebungen über entlassene Hilfsschüler, ferner eine Zu-

sammenstellung der Zahl der deutschen Hilfsschulen (1903) und schließlich einen Artikel über die Versorgung der Geistesschwachen in England (gemeint ist das Hilfsschulwesen, nicht die Anstalten).

LLOYD-Liverpool, Die Erziehung körperlich und geistig gebrechlicher Kinder (Heft 2 u. 3). Die Hilfsschulbewegung in England ist bedeutend jünger als die deutsche, soll aber ziemlich selbständig entstanden sein. Während für alle körperlichen gebrechlichen Kinder, Krüppel, Blinde, Taubstumme, auch die Epileptiker seit langem fast überall Fürsorge besteht, haben die Kulturstaaten relativ spät an die Fürsorge und Erziehung der schwachsinnigen Kinder gedacht, besonders was die Hilfsschulfrage, also die Unterweisung derjenigen geistesschwachen Kinder anlangt, bei denen der Unterricht Aussicht auf Erfolg gewährt. Es werden die verschiedenen Defekte dieser Kinder erörtert (intellektuell, ethisch), dann besonders hervorgehoben, daß in manchen Fällen das Zurückbleiben nur ein vorübergehendes ist (nicht angeboren, sondern nach langer Krankheit oder durch Verwahrlosung erworben). In Anlehnung an die bekannte Schweizer Statistik von 1897 wird die Zahl der körperlich und geistig gebrechlichen Kinder Londons auf etwa 20000 berechnet. Das gegebene Organ für die Ermittlung dieser Fälle sind die Schulbehörden. Liverpool hat zwei Arten von Schulen errichtet, solche für Schwachsinnige, deren Wirksamkeit mehr auf pädagogischem, und solche für Krüppel, deren Wirksamkeit mehr auf ärztlichem Gebiete liegt. Es wird mit Recht hervorgehoben, daß kein Unterricht solche Anforderungen an die Einsicht und Initiative der Lehrer stellt. „Kaum 2 Kinder sind völlig gleich." „In schlimmen Fällen können 5 Kinder einen Lehrer völlig in Anspruch nehmen; in leichter zu handhabenden mag die Zahl bis auf 15 ausgedehnt werden." Es wird erörtert, welche erzieherisch besonderen Aufgaben die Formen des Schwachsinns bieten. Beim Unterricht wird die Zurückdrängung des Wortwissens gegenüber der Anschauung und der praktischen Übung empfohlen. Es wird betont, daß für die Lehrkräfte eine andere Ausbildung als für die Normallehrer nötig ist. Die Hilfsschule muß in einem besonderen Hause untergebracht sein. „Der Schularzt hat in der Hilfsschule eine sehr wichtige Stellung." 85 % der entlassenen Hilfsschüler können sich selbst weiter bringen (deutsche Statistik), die übrigen 15 % müssen abgesondert (gemeint ist wohl Anstaltspflege) versorgt werden." So wird die Einrichtung der Hilfsschulen vielleicht der erste Schritt zu einer Reinigung des Menschengeschlechts durch Ausmerzung nicht vollwertiger Elemente sein."

Heft 2 bringt außerdem den Bericht über einen Besuch der Haarlemer Hilfsschule von LOEPER-Barmen, Heft 3 enthält zunächst die Mitteilung über Gründung eines „Ausschusses zum Rechtsschutz für die geistig Minderwertigen". Dieser hat sich zunächst die Aufgabe gestellt, Material zu sammeln über einschlägige Fälle, in denen Hilfsschüler usw. mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind. Es ist sehr dankenswert, daß auch von dieser Seite ernstlich beigetragen wird zu der Bestrebung, betr. eine Reform der Strafgesetze in der Behandlung Geistesschwacher. Heft 3 bringt endlich: WINTERMANN, Bremens Fürsorge für die Schwachbefähigten und Schwachsinnigen.

Einige Artikel beschäftigen sich mit der interessanten Frage der

Fürsorge und Fortbildung für entlassene Hilfsschüler. SCHENK-Breslau erwähnt in Heft 3 die bisherigen Bestrebungen mehr vom Standpunkt der Fürsorge, BUSCH-Magdeburg tut dies in einer Besprechung der Fortbildungsschulklassen für Hilfsschüler vom pädagogischen Standpunkte. Es muß hier auf die Originale verwiesen werden. KIELHORN-Braunschweig gibt in Heft 5 „Mitteilungen über den Militärdienst der ehemaligen Schüler der Braunschweiger Hilfsschule". In Braunschweig werden zufolge Vereinbarung mit dem Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission alljährlich diesem die stellungspflichtigen Hilfsschüler namhaft gemacht; dies geschieht in Form eines Gutachtens, welches im Falle der Einstellung in das Heer dem Regiment übergeben wird. Der Hilfsschulleitung wird das Regiment namhaft gemacht. Von 141 Hilfsschülern, welche von 1889 bis 1905 stellungspflichtig waren, haben 17 die Dienstzeit beendet. Vier wurden bald wieder entlassen, nachdem auf ihren Zustand aufmerksam gemacht war, einer wurde wegen militärischer Vergehen usw. erst bestraft, später exkulpiert und einer Irrenanstalt überwiesen. Bei einigen der 17 war die Ausbildung schwierig. Es ist zu erstreben, daß die Einstellung der Hilfsschüler, soweit ihnen die für den Soldaten nötige Geistesschärfe mangelt, verhütet wird. — KIRMSSE - Neu-Erkerode setzt in „Die erste Hilfsschule" auseinander, daß nicht, wie bisher angenommen, STÖTZNER-Dresden der eigentliche Gründer der Hilfsschulen ist. Zwar hat seine Schrift den Anstoß zu der Bewegung erteilt, es gab aber schon vereinzelte Vorläufer, nämlich in Halle (1859) und Chemnitz (1860), namentlich aber die „Kretinenschule" von GUGGENMOOS in Hallein (1816). Heft 5 und 6 bringen schließlich ausführliche Berichte über die Fortbildungskurse der Hilfsschullehrer in Bonn, in Gießen und ähnliches.

Die zahlreichen Versammlungsberichte, der rege Austausch von Mitteilungen zwischen den Verbandsmitgliedern, die Organisation zu gemeinsamer Arbeit, wie sie in dem „Ausschuß zum Rechtsschutz für die geistig Minderwertigen", ferner in Erhebungen über den Militärdienst der Schüler usw. zum Ausdruck kommt, legen von der anerkennenswerten Rührigkeit und der Tätigkeit des Verbandes ein beredtes Zeugnis ab. H. VOGT.

Prof. **C. v. Monakow,** Arbeiten a. d. Hirnanatom. Institut in Zürich. Heft 2. Wiesbaden 1906. 324 S. 2 Taf. 74 Abbild. im Text. Inhalt: 1. Über die Ursprungskerne der Augenbewegungsnerven usw. von Dr. U. TSUCHIDA-Tokio, 2. Geschichte und Gehirn der 49j. Mikrocephalin Cäcilia Gravelli, Beitr. z. Kenntnis der Mikrocephalia vera von H. HILTY-Werdenberg.

Der vorliegende Band enthält zwei Arbeiten. Sie geben Zeugnis von der Vielseitigkeit der Arbeitsrichtung des Züricher Instituts. Dieses, eine Schöpfung C. v. MONAKOW's, birgt in den Schätzen eines seit 20 Jahren mit unermüdlicher Ausdauer gesammelten, ausnahmslos durchgearbeiteten Materials den Grundstock, ohne den umfassende Arbeiten dieses Gebietes undenkbar sind. Die Großzügigkeit in der Anlage der Arbeiten und die umfassenden Gesichtspunkte in den Fragestellungen verraten den Lehrer und Meister, die Art der Bearbeitung ist eine gründliche und subtile und zeigt sich den gestellten Aufgaben gewachsen. Die vorliegenden Untersuchungen werden ihre Stelle in der hirnanatomischen Forschung dauernd bewahren.

1. Leider verbietet das Thema dieser Zeitschrift ein eingehendes Referat über die erste der beiden Arbeiten. Diese, die außer den Augennervenkernen die zu ihnen gehörigen Bahnen im Mittel- und Zwischenhirn bearbeitet, bringt gründliche normal-anatomische, embryologische, pathologisch-anatomische und vergleichende Untersuchungen.

2. Die Untersuchung HILTY's über die Mikrocephalie setzt die Arbeiten der Züricher Schule über die pathologische Entwicklung des Gehirns fort. Es ist bekannt, daß erst v. MONAKOW diesen Zweig der Hirnanatomie zu einem Forschungsgebiet von allgemeiner Bedeutung erhoben hat. Der vorliegende Fall ist besonders ausgezeichnet durch das hohe Alter des Individuums, um so interessanter bei dem niedrigen Hirngewicht von 370 g. Der Fall ist nicht nur anatomisch verwertet, er ist mit einer guten Krankengeschichte — für solche Fälle besonders schätzbar — ausgestattet: Es ergab sich körperlicher Status ohne Besonderheit, Motilität, grobe Gefühlsqualitäten, Sinnesorgane, Reflexe normal. Keine Epilepsie. Lebhaftes Mienenspiel. Leidlich geschickt im Gebrauch der Hände, hilft sich selbst, verrichtet einfachere häusliche Arbeiten. Örtlich gut, zeitlich nur im groben orientiert. Agil, von reger Aufmerksamkeit, Nachahmungssucht. Kennt und unterscheidet einfache Dinge, Körperteile usw. Kennt Personen, Merkfähigkeit und Erinnerung im Rahmen der Abteilung relativ gut. Dysarthrie. Der Wortschatz ist auffallend reich, setzt sich aus zwei Sprachen zusammen, zeigt eine gewisse Dehnbarkeit. Die Sprache ist primitiv, agrammatisch, aber zur Verständigung völlig ausreichend. Affekte und Gefühle, einfache moralische Empfindungen waren vorhanden. Musikliebend, sozial. „Mittelschwere Idiotie“, psychisches Niveau etwa dem Status eines 3jährigen Kindes entsprechend. Keine fortschreitende Verblödung. Tod an Nephritis. Außer dem Gehirn keine Anlagedefekte usw. der Organe. Hirn proportional hypoplastisch, woran alle Rindengebiete mit verschiedener Intensität teilnehmen. Furchung der vor dem achten Monat entsprechend, einige Hauptfurchen, sonst Grübchen. Teilweise atypische Furchung, sogar in der Anlage der Urfurchen (F. Sylvii usw.), Persistenz fötaler Rindenbrücken, Mangel des Operculums. Der Furchungstypus zeigt den Charakter des Macacengehirns, außer dem Operculum-Defekt gekennzeichnet durch abnorme Tiefe der „Affenspalte“ und das Verhalten der Fiss. Sylvii, calcar. etc. Die ganze Anlage des Gehirns (Oberfläche und innerer Aufbau) zeigt eine Mischform zwischen Fötal- und Affengehirn mit einigen für noch tiefere Tierarten charakteristischen topographischen Verhältnissen. Im parieto-occipitalen Teil fanden sich ausgedehnte Heterotopien, die darüber liegenden Rindenteile zeigten teilweise Mikrogyrie, ein Verhalten, das die vom Ref. früher (cf. Züricher Arbeiten, Heft 1) betonten Beziehungen dieser Bildungen zur Genese der Rinde und ihre Bedeutung für die Organogenie der Cerebrums illustriert. Histologisch fanden sich in der Rinde Neuroblasten und ihre Vorstufen, Armut an Nervenzellen. Die Heterotopien bedingen eine Reihe von Verschiebungen des Aufbaues, die besonders im Ammonshorn, Fimbria usw. interessant sind. Hervorgehoben verdient noch zu werden, daß umfassende Messungen der relativen Menge weißer und grauer Substanz mittels der Planimetrie vorgenommen sind, und daß die Verhältnisse der einzelnen Markpartien zueinander genau

studiert wurden (rudimentäres Splenium, desgl. com. ant.). Primäre und sekundäre pathologische Veränderungen fehlten. Hirnvolum und Kapazität des Schädels entsprachen in ihrem gegenseitigen Verhältnis normalen Proportionen.

Der Fall, der auf Grund der Untersuchung den aus reinen primären Hemmungen der Entwicklung entstehenden Fällen von Mikrocephalie zugerechnet wird, ist auf das eingehendste studiert. Die allgemeinen Ergebnisse bestätigen die bisherigen Forschungen der MONAKOW'schen Schule, sie geben zugleich einen neuen Hinweis, welche hohe Bedeutung für die Erkenntnis der allgemeinen Entwicklungsgesetze der Erforschung der höher differenzierten Mißbildungen des Zentralnervensystems innewohnt.

H. VOGT.

Dr. phil. **A. Gündel,** Direktor der Idiotenanstalt zu Rastenburg (O.-Pr.), „Zur Organisierung der Geistesschwachen-Fürsorge". Halle a. S.. Verlag C. Marhold, 1906, S. 190.

Das GÜNDEL'sche Buch soll nach der Vorwortangabe weitere Ausführungen bringen zu einem Referate über „Erziehungsanstalten für Geistesschwache", das derselbe Verfasser im September 1904 in Stettin auf der „Konferenz für das Idiotenwesen" übernommen hatte, und das weiterhin diese Versammlung, deren offizielle Teilnehmer fast ausschließlich Nichtärzte waren und die auch nur einen Teil der bestehenden deutschen Idiotenanstalten vertraten, zu einer Resolution an den Staatssekretär des Reichsamtes des Innern und des Reichsjustizamtes und an die Minister der deutschen Bundesstaaten führte des Inhaltes, daß

1. für diejenigen geistesschwachen Kinder, welche weder in die Hilfsschule noch in die Pflegeanstalt gehören, Erziehungsanstalten für Geistesschwache, soweit solche nicht vorhanden sind, errichtet. und daß bei Entscheidung über die Notwendigkeit der Anstaltsversorgung nicht nur das wirtschaftliche, sondern auch das unterrichtliche Bedürfnis als maßgebend in Betracht gezogen werde,

und daß

2. bei einer ev. demnächst vorzunehmenden reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens die Erziehungsanstalten für Geistesschwache als unter die Unterrichtsverwaltung gehörig ausgeschlossen werden.

Bei diesen Resolutionen nun ist es von besonderem und prinzipiellem Interesse, daß für die medizinisch-wissenschaftliche Bezeichnung des Schwachsinns der mehr juristische Begriff der Geistesschwäche gewählt wird, und daß als Notwendigkeit der Anstaltsversorgung „geistesschwacher" Kinder neben dem pädagogischen Zweck nur noch das „wirtschaftliche Bedürfnis" anerkannt wird. Das will also besagen, das schwachsinnige — und damit nach der wissenschaftlichen Anschauung geisteskranke — Kind, das sich noch schul- und bildungsfähig erweist, soll bei der gesetzlichen Feststellung seiner Fürsorgebedürftigkeit nicht mehr nach seinem Gesundheitszustande hin beurteilt werden; und für die notwendig werdende Anstaltsbehandlung sollen für die psychische Seite ausschließlich pädagogische und nichtärztliche Gesichtspunkte maßgebend sein!

Damit ergibt sich auch ganz schlank von selbst, daß die so unangenehme Frage nach der Leitung der Schwachsinnigen- bzw. Idioten-

anstalten aufs schönste zugunsten der Pädagogen entschieden und deren diesbezüglichen Beklemmungen mit einem Schlage beseitigt wären.

Um dies nun im einzelnen plausibel zu machen, stellt G. es so dar, als habe man es bei diesen „Geistesschwachen“, die er noch als solche leichteren und schwereren Grades klassifiziert, mit Individuen zu tun, die lediglich auf einer niedrigeren Entwicklungsstufe stehen geblieben wären und die sich nur durch einen tieferen Stand ihrer vornehmlich intellektuellen Anlagen von den geistig gesunden oder den mehr oder minder beschränkten Kindern unterschieden. Verbringe man die schwachbefähigten Kinder in die von Lehrern geleiteten Hilfsschulen, so müsse man die noch schwächer beanlagten Schüler zum Zwecke des Unterrichtes und der Erziehung in die den Lehrern zu unterstellenden reinen Erziehungsanstalten unterbringen; solche Kinder aber, mit denen der Lehrer absolut nichts mehr anfangen könne, wären in besondere Pflegeanstalten zu verweisen, deren Leitung dem Arzte überlassen wird. Und da es sich bei diesen seinen „Geistesschwachen“ um abgelaufene und stehen gebliebene Fälle handele, so müßten sie, die ihr Leben lang eben immer nur Kinder von so oder so viel Jahren verblieben wären, naturgemäß auch immer weiter noch der pädagogischen Behandlung in Geistesschwachen- oder Altersheimen unterworfen bleiben, so lange wenigstens, als sie noch beschäftigungsfähig wären; wenn nicht, dann wieder in die Pflegeanstalt zum Doktor.

Alles muß G. demgemäß darauf ankommen, zu verhüten, daß in dem Leser der Gedanke aufkommen könne, es drehe sich beim kindlichen und jugendlichen Schwachsinn um etwas Krankhaftes. Ja man wird wohl in dem ganzen Buche überhaupt das Wort „krank“ vergeblich suchen, so daß dasselbe, als doch eine Arbeit über eine notorische Krankheitsfrage, schon aus diesem mehr äußeren Grunde ein wahres Unikum darstellt. Darum wird auch nichts davon erwähnt, daß der jugendliche Schwachsinn in so wechselvoller Gestalt auftritt, daß sich in das Krankheitsbild so viele Erscheinungen von Alterationen des Gemütslebens in der Form von Erregungs- und Depressionszuständen, von schweren Affekt-, Trieb- und Zwangsvorgängen hineindrängen, und so viele Züge neurasthenischer, hysterischer und epileptischer Natur hineinspielen. Denn zweifellos müssen ihm, als dem Leiter einer Idiotenanstalt, solche krankhaften Vorgänge und Symptome, deren Kenntnis jeder Anstaltsarzt, wenn auch nur in oberflächlicher und summarischer Weise von seinem Personal verlangt, doch zu Gesicht gekommen und wenigstens einigermaßen aufgefallen sein.

G. will eben um diese unbequeme Sache herumkommen, und so läßt er auch die Frage nach den jugendlichen Epileptikern — und bekanntlich erscheint die Epilepsie mit den kindlichen Entwicklungsstörungen in so innigem Zusammenhange — ganz aus dem Spiel, und der für ihn so kitzlichen Angelegenheit, ob es sich beim Idiotismus um einen dauernden oder abgelaufenen Krankheitsprozeß handele, sucht er mit köstlicher Naivetät mit dem Vorschlage aus dem Wege zu gehen, diese Frage ganz beiseite zu lassen.

Ebenso bezeichnend ist G.'s Verhalten gegenüber der Frage der Verantwortlichkeit des Schwachsinnigen, die ja auch eine Stellungnahme zu der Auffassung ob krank oder nicht involviert. „Soll etwa der Vollidiot ob seiner religiösen Gleichgültigkeit und sittlichen Nullität dereinst zur Verantwortung gezogen werden? Muß uns nicht vielmehr die Hoffnung

beseelen, daß die Vergehen und Unterlassungen der geistig Armen vor dem Richterstuhle Gottes dereinst besondere Gnade finden werden im Sinne der bekannten Seligpreisungen?“ Und wie bezüglich des Vollidioten die Frage nach der Verantwortlichkeit mit allgemeinen religiösen Hinweisen abgetan wird, so ähnlich bezüglich der Schwachsinnigen mit weitschweifigen Phrasen über soziale und humanitäre Bestrebungen, die darauf hinauslaufen, daß es „niemand einfallen wird, die geistesarmen und weniger leistungsfähigen Schwachsinnigen für ihren Zustand verantwortlich zu machen und sie die Folgen derselben tragen zu lassen!“ Als ob es sich hierbei nur um die wirtschaftliche Inferiorität handeln könnte!

Nicht minder kennzeichnend ist das, was G. betreffs der Entmündigung seiner „Geistesschwachen“ vorbringt. Man höre: „Die bei der Entmündigung unserer Pfleglinge in Betracht kommenden Fragen, ob Besserung ausgeschlossen sei oder nicht, lassen sich höchstens zur Hälfte aus körperlichen Anzeichen, in der Hauptsache jedoch nur aus der geistigen Vergangenheit heraus erklären, die gewiß der psychologisch gebildete Pädagog mindestens ebenso beobachten und verstehen kann, wie der psychiatrisch gebildete Arzt.“ Also kommen bei der gerichtlichen Begutachtung der Mündigkeit im wesentlichen nur pädagogische Gesichtspunkte in Betracht, und die Ärzte bezeugen ihm dies auch selbst dadurch, daß sie den Exploranden ja auch mit Vorliebe nach seinen Schulkenntnissen ausfragen! Demgemäß wäre es weiter auch nur praktisch und angemessen, „die untere Minderjährigkeitsgrenze vom 7. Lebensjahre noch 1 bis 2 Jahre hinauszuschieben, um damit wenigstens die Absolvierung der Unterstufe der Schulentwicklung zu markieren“. Liegt es bei einer dieserart bornierten Einseitigkeit der pädagogischen Auffassung nicht nahe, zu vermuten, daß bei der Wahl des Wortes „Geistesschwache“ schon an eine Identifizierung mit dem Begriffe der „Geistesschwäche“ in juristischem Sinne gedacht worden sei? Auf diese Weise würde man ja prinzipiell schon in der Lage sein, den gerichtsärztlichen Sachverständigen aus den „Erziehungsanstalten“ fern zu halten, und es wäre auch auf diese Weise der Anschein vermieden, als befänden sich unter deren Insassen und denen der Altersheime überhaupt als krank aufzufassende Zöglinge.

Was Wunder also, daß nach alledem an die Spitze der Anstalten für „Geistesschwache“ der Pädagoge gehört, und hier wieder, wie G. es herausgefunden hat, der seminaristisch 6 Jahre lang vorgebildete Schulmann, wie er selbst ein solcher ist.

„Die Arbeit des Erziehers verlangt eine unmittelbare Behandlung und Ausbildung der Seele, und zwar durch das Mittel der direkten Einwirkung von Geist auf Geist, von Willen auf Willen.“

Der Theologe ist hierzu nicht berufen. Er legt zu viel Wert auf die Errettung der Seele und betreibt seine Arbeit an den Geistesschwachen allzu einseitig mit unfruchtbarem Memorieren. Immerhin aber steht er doch dem Pädagogen, dessen einziger Fehler nur der noch immer ist, daß er in seinem edlen Eifer sich allzusehr auf die Hebung und Förderung der intellektuellen Entwicklung seiner Geistesschwachen verlegt, so nahe, daß beide gegen den Arzt, den Irrenarzt, gemeinschaftlich auftreten können.

Mit den Theologen also will G. es nicht ganz verderben, wenngleich

er ihn so peu-à-peu aus seiner „Erziehungsanstalt“ hinausdrängelt und ihn nur noch zur Erteilung des Konfirmanden-Unterrichtes hineinlassen will. Die theologisch-religiöse Seite übernimmt der GÜNDEL'sche Pädagoge sonst mit Leichtigkeit; und wie sehr er dieses Gebiet beherrscht, das sollen wohl die ersten Kapitel seines Buches bezeugen, in denen er gar so viel Frommes und Erbauliches vorbringt und in denen er mit großer Umständlichkeit auseinandersetzt, daß die Grundlagen aller Geistesschwachen-Behandlung in dem altbekannten Satze beruhten: „Bete und arbeite“.

Allen diesen Prinzipien gegenüber versinkt nach G. naturgemäß die Betätigung des Arztes bei der Schwachsinnigen- und Idiotenbehandlung in fast volle Bedeutungslosigkeit.

Mit immer der nämlichen Sicherheit und Souveränität wird bis zum Gähnen monoton der Leser belehrt, daß der Arzt nur mit körperlichen Mitteln einzuwirken verstehe und daß er sich demzufolge einzig und allein auf hygienische, diätetische, medikamentöse und operative Maßnahmen zur Behandlung der somatischen Erscheinungen beschränken müsse. Daß der Psychiater gerade von jeher als den ersten Leitsatz seiner Tätigkeit die psychische Behandlung des kranken Individuums aufgestellt hat, ist G. also trotz seiner so umfassenden Kritik der irrenärztlichen Tätigkeit absolut verborgen geblieben! Oder er macht, wo es doch nicht angeht, diese medizinischen Prinzipien ganz abzuleugnen, die geistvolle Trennung der psychischen Störungen in solche des Schwachsinns und des Irrsinns, oder er trennt vielmehr den Schwachsinn vom Irrsinn am liebsten ganz ab; der erstere schlägt eben ins pädagogische Fach. „Auch die von den psychiatrischen Autoren geübte Praxis, dem Schwachsinn in ihren Werken einige Kapitel neben dem Irrsinn zu widmen, beweist keineswegs die Identität und Zusammengehörigkeit der Behandlungsweisen beider, sondern nur, daß es beide mit ein- und demselben Gegenstande, dem menschlichen Geiste zu tun haben.“ Basta.

Daraus ist es auch zu erklären, daß G. bezüglich der Unterbringung und Behandlung Schwachsinniger zwischen diesen und den Taubstummen, Blinden, ja auch den verwahrlosten und Waisen (!) keinen prinzipiellen Unterschied macht. Immer handelt es sich ja nur um die „Erziehung“, und wie das Waisenhaus keinen Arzt als Direktor erhält, so wird man auch an seiner „Erziehungsanstalt“ keinen derartigen Unfug machen dürfen!!

Denn ein krasser Unfug wäre das. Was macht der Arzt aus einer solchen Anstalt! „In den von Medizinern geleiteten Anstalten herrscht ein Geist, wie er erst den Besucher eines x-beliebigen Krankenhauses erfreut durch die Sauberkeit und äußere Ordnung, durch die Pünktlichkeit und Hingabe des Wartepersonals, durch die Peinlichkeit und Findigkeit in der Anwendung von Vorsichtsmaßregeln, in der allen Anforderungen der Gesundheitslehre entsprechenden Anlage und Ausstattung der Häuser usw., wie er ihn aber auch eigenartig, vielleicht manchmal etwas unheimlich berührt durch die Grabesruhe im ganzen Hause, die in jeder Station einen Sterbenden vermuten läßt, durch die Schablone in der äußeren Behandlung . . . “ Und um die völlige Unfähigkeit des Psychiaters zu erweisen, und um dessen versimpelte Reinlichkeits- und Prophilaxen-(sic) Wut recht an den Pranger zu stellen, wird noch in anekdotenhafter Manier von einem löwenzwingerartigen, zum Aufenthalt unruhiger Kinder

bestimmten Gartenhaus erzählt in einer Anstalt, „in welcher die Bettwäsche täglich gewechselt wurde“.

Wer von allen, die nur einigermaßen das Leben und Treiben schwachsinniger Kinder aus eigener Anschauung kennen, lacht bei solcher Lektüre nicht laut auf?!

Recht kritiklose Leser müssen es schon sein, die sich solche Bären aufbinden lassen und an die sich G. mit seinen „weiteren Ausführungen“ wendet; solche denen er damit einen Schrecken einjagen kann, daß der Mediziner aus den Schwachsinnigen-Anstalten nur ein Irrenhaus machen werde, und die er mit dem Hinweise stutzig und gruselig machen möchte, daß der Irrenarzt nur mit Sezier- und Operationsmesser in der Hand darauf warte, an den geistesarmen Kindern seine Studien und Experimente vorzunehmen. Nennt G. doch auch die dem Arzte unterstellte Anstalt direkt eine „Versuchsklinik“! Er weiß eben, daß man mit derartigen Verdächtigungen und Popanzereien noch immer das meiste Glück beim urteilslosen Publikum hat!

Und wenn zu allem Unglück dieses Jugenderziehers nun einmal zwei Pädagogen, Kern und Kind mit Namen, das zwingende innere Bedürfnis gehabt haben, noch im späteren Alter Medizin zu studieren, um eben einen vollständigen und erschöpfenden Einblick in das Geistes- und Empfindungsleben ihrer schwachsinnigen Pfleglinge zu gewinnen, und wenn sie mit geradezu begeisterten Worten schildern, wie sie gerade durch dieses medizinische Studium erst in den Stand gesetzt worden wären, ihre Aufgabe recht zu verstehen und ihre Arbeit voll zu leisten, so hilft sich G. über diese fatale Geschichte mit dem kurzen Satz hinweg, daß ein solcher Arzt dann aber doch „die Anstalt leite als Pädagoge und nicht als Mediziner“!

Hier liegt eben der Beweis allzu klar zutage, daß zu der Behandlung des Schwachsinns die Behandlung der gesamten kranken Persönlichkeit gehört. Gewiß ist ein Teil derselben noch schul- und unterrichtsfähig. Wie weit das aber der Fall ist, hat wieder der Arzt abzugrenzen, da diese Umgrenzung nur nach ärztlichen Gesichtspunkten geschehen kann. Die medizinische Wirksamkeit ist daher die umfassendere; sie stellt den eigentlichen großen Kreis dar, in welchem die Schultätigkeit sich konzentrisch eingeschlossen findet.

Und daß diese Gesamtbehandlung dem sachverständigen Arzte überantwortet werden muß, beweisen auch die dem Laien besonders klar in die Augen fallenden Beispiele von Myxödem, da deren Behandlung und Besserung so sinnfällig die innige Verquickung der körperlichen und geistigen Funktionen und Vorgänge erkennen läßt. G. gibt dies ganz gelegentlich und auch so halb und halb wohl noch zu; aber er verlangt sogleich auch die totale Heilung, und selbst bei Erreichung dieser „machte doch die ärztliche Behandlung noch lange keine Erziehungsanstalt zum Krankenhause“, „die medizinischen Resultate bedürften noch immer der Umwandlung in pädagogische“ — und „der schwierigeren, umfang- und erfolgreicheren Arbeit der Erziehung müßte auch die größere Bewegungsfreiheit garantiert sein“.

Wie wenig Verständnis G., der gar eindringlich vor einer Überschätzung der ärztlichen Wirksamkeit und des ärztlichen Standes zu warnen weiß, diesen Fragen entgegen bringt, ergibt sich auch immer wieder aus seiner

Behauptung, daß es sich bei der Frage nach der Oberleitung der Schwachsinnigen-Anstalten um weiter nichts als wirtschaftliche Angelegenheiten handele; und große Krankenhäuser ließen sich ja auch neuerdings die Institution eines besonderen Wirtschafts- oder Betriebsdirektors gefallen. Demgegenüber aber ist auch bezüglich der Anstalten für Geisteskranke stets hervorgehoben worden, daß eine solche Scheidung, die für die ganz großen Anstalten als ein notwendiges Übel hingenommen werden mag, für die Durchführung einer streng psychiatrischen Behandlungsweise nur von Schaden sein kann, da eben das ganze Leben und Treiben einer Anstalt für psychisch kranke Individuen einheitlichen ärztlichen Gesichtspunkten unterworfen sein muß.

Doch es mag hiermit genug sein, die Tendenz des GÜNDEL'schen Buches und damit auch die Bestrebungen der Stettiner Konferenz und die Absichten der Resolutionen derselben zu beleuchten. Es mag nur noch erwähnt werden, daß der Verfasser in seinen Ausführungen sich gar nicht genug daran tun kann, mit Fremdwörtern und mit medizinisch-technischen Ansdrücken zu hantieren, wobei ihm freilich verschiedene klägliche Schiefheiten und Fehler unterlaufen, wie er z. B. Prophylaxe andauernd Prophilaxe schreibt, obgleich es doch in allen Lesebüchern schon „Phylax" heißt, und wie er die doch auch für den Pädagogen wahrhaftig genügend wichtige Aphasie als einen „Mangel in der Konstruktion und Satzbildung" deutet. Doch sei ihm das so fadenscheinige Mäntelchen einer medizinischen Viertelbildung immerhin noch verziehen. Daß G. übrigens hier und da auch der ärztlichen Tätigkeit wohlwollend gedenkt und daß er wohl auch einmal seine eigenen Forderungen abschwächt, will nicht viel besagen; dazu sind diese leichten Anerkennungen und diese mehr problematischen Bemerkungen zu verdeckt und zu versteckt vorgebracht und irritieren auch die Grundtendenz seiner Ausführungen in keiner Weise.

Zum Schlusse mag nur noch erwähnt sein, daß G. sich auf einen preußischen Ministerialerlaß vom 24. Dezember 1859 beruft als auf eine Stütze seiner Darlegungen und Forderungen. Dieser Erlaß verlangt: „Es dürfen Bildungs- und Erziehungsinstitute für Blödsinnige nicht etwa mit schon bestehenden Irrenheilanstalten vereinigt werden, sondern sie bedürfen einer selbständigen Einrichtung unter Leitung eines pädagogisch durchgebildeten Lehrers und Erziehers von besonderer Vorliebe und Befähigung für seine Aufgabe."

Nun, dieser ein halbes Jahrhundert zurückliegende Erlaß ist formell und sachlich längst überholt worden, und die Not unserer Zeit erfordert ein immer tieferes Eindringen der medizinischen Wissenschaft in die das soziale Leben so vielfach beunruhigenden und mit der Kriminalität der Jugendlichen in so enger Berührung stehenden Vorgänge, die gerade das Gebiet der degenerativen und der erworbenen kindlichen Entwicklungshemmungen und Entwicklungsstörungen erfüllen. Und diese so enorm wichtigen Fragen heischen mehr und mehr die tätige Mitarbeit des Arztes und seine ausschlaggebende Entscheidung schon bei den leichteren Schwachsinnsgraden und den Grenzfällen zwischen geistiger Gesundheit und Unzulänglichkeit. Wie viel mehr wird die Stellung des Arztzs an Bedeutung noch gewinnen müssen, wo es sich um die Unterbringung und Behandlung

tatsächlicher geistiger Erkrankungen kindlicher und jugendlicher Individuen handelt?!

Vor hundert Jahren schrieb HEINROTH sein Lehrbuch der Seelenstörungen, und er, der an Gottesfurcht und Christenglauben gewiß hinter keinem der heutigen Pädagogen zurücksteht, stellte schon damals und in jener noch so unsäglich dunklen Periode der Psychiatrie den Satz auf, daß Irrenanstalten nicht von Philosophen, nicht von Theologen und Pädagogen zu leiten wären, sondern allein von dem Arzte, und daß Irrenanstalten für die Geisteskranken zu wahren „Erziehungsanstalten“ werden müßten.

Vielleicht lassen sich Leute wie GÜNDEL, die sonst so gern zurückliegenden Auffassungen nachgehen, durch solche aufklärenden Ausführungen in etwas bekehren. O. KLUGE.

M. Hennig, Direktor in Hamburg, Rauhes Haus. Ein Kursus zur Einführung in das Verständnis krankhafter Erscheinungen des Seelenlebens fand in den Tagen vom 10.—12. September im Rauhen Hause statt. Privatdozent Dr. DANNEMANN aus Gießen hielt eine Reihe von Vorträgen, die er auch durch Vorführung von Bildertafeln und Photographien veranschaulichte.

Es ist bekannt, daß in neuerer Zeit Pädagogen und Ärzte aufmerksam darauf geworden sind, daß eine ganze Reihe von Verfehlungen und Vergehen sich aus einer krankhaften Veranlagung erklären. Versteckte Formen der Epilepsie, Hysterie, leichte Formen von intellektuellem und moralischem Schwachsinn u. a. veranlassen gelegentlich Taten, für die man den Täter nicht voll verantwortlich machen kann. Wie aber unterscheidet man im einzelnen Fall krankhafte Veranlagung und bösen Willen? Hierfür den Blick zu schärfen, war Aufgabe des Kursus.

So behandelte denn Dr. DANNEMANN zuerst Gehirn und Nerven als Organe des Seelenlebens, darauf die genannten Krankheitserscheinungen, seine Worte durch bildliche Darstellungen erläuternd. Weitere Vorträge behandelten das wichtige Kapitel der Hygiene in Erziehungsanstalten für schwer erziehbare Kinder, wobei Wohnung, Licht, Luft, Heizung, Körperpflege, Ernährung und Ruhe, zur Besprechung kamen. Schließlich wurde ein von dem Referenten entworfener Fragebogen für Aufnahme schwer erziehbarer Kinder in Erziehungsanstalten einer eingehenden Besprechung unterzogen. Es soll durch genaue Ausfüllung solcher Fragebogen von vornherein ein verständnisvolles Eingehen auf die Individualität des Kindes angebahnt und durch fortgehende Berichterstattung über die Entwicklung des Kindes eine richtige Beurteilung des Gesamtverhaltens ermöglicht werden.

Zu dem Kursus waren 26 Brüder des Rauhen Hauses, welche alle in Erziehungsarbeit stehen, aus den verschiedenen Gegenden unseres Vaterlandes zusammengerufen worden. Außer ihnen nahmen noch einige in Erzieherarbeit stehende Geistliche und Kandidaten aus Berlin, Hannover, Holstein, Hausväter aus Brandenburg und Hannover, schließlich auch ein schwedischer Lehrer teil. Im ganzen waren rund 50 Personen versammelt. Überraschend war, wie einstimmig alle Teilnehmer die Notwendigkeit einer derartigen Unterweisung anerkannten. Es ist zu erwarten, daß dieser Kursus nicht der letzte derart sein wird.

Ein Fall von Hydroëncephalocele occipitalis.

(Hirnwasserbruch am Hinterhaupt.)

Von

Professor Dr. **H. Zingerle.**

(Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke in Graz.)

Mit 17 Textfiguren.

Den häufigen Fällen von Mißbildungen, bei denen größere Teile des Schädeldaches vollkommen fehlen, und die stets weitgehend verbildete Gehirnanlage oberflächlich zutage liegt (Anencephalie, Hemicephalie), reihen sich — wenn man nur das Moment einer Spaltbildung am Schädel in Betracht zieht — jene an, bei welchen nur kleinere zirkumskripte Defekte des Schädels bestehen. Diese unterscheiden sich aber von den ersteren wesentlich dadurch, daß dabei Teile des Gehirnes oder seiner Häute durch die Knochenlücke außerhalb der Schädelhöhle in einem von der Kopfhaut bedeckten Sacke verlagert sind.

Derartige Gehirnbrüche kommen in mehrfachen Formen zur Beobachtung. Die Schädeldefekte sind in den einzelnen Fällen von verschiedener Ausdehnung, liegen mit Vorliebe am Hinterhaupt oder in der Stirngegend an der Nasenwurzel, seltener auch in anderen Schädelgebieten (z. B. im Bereiche der Scheitel-, Schläfebeine usw.). Es ist selbstverständlich, daß der verschiedenen Lage des Defektes entsprechend, jedesmal auch andere Teile des Schädelinhaltes verlagert sind. Aber abgesehen davon, bestehen ganz allgemein auch darin Unterschiede, daß bald nur Gehirnhäute allein (Meningocelen), bald auch Hirnmasse für sich (Encephalocelen) oder mit Teilen von Ventrikelhohlräumen (Hydroencephalocelen) an der Verlagerung beteiligt sind.

Nicht in dem Mangel an Material — eine stattliche Anzahl von in der Literatur niedergelegten Einzelbeobachtungen und verdienstvolle zusammenfassende Arbeiten (Muscatello, Siegenbeck van Heukelom) geben davon Zeugnis — ist es begründet, daß bis heute noch keine einheitliche Auffassung über das Wesen dieser Mißbildungen erzielt worden ist, ja auch über manche feineren Details der dabei vorkommenden Veränderungen und — abgesehen von den konstanten Schädeldefekten — über die typisch wiederkehrenden Abnormitäten noch völlige Unklarheit herrscht. Der Umstand, daß derart mißbildete Kinder häufig längere Zeit am Leben bleiben, chirurgischen Eingriffen unterzogen werden, bringt es mit sich, daß vollständige Bearbeitungen eines frischen und unverletzten Materials relativ selten ermöglicht sind. Vielfach waren es schlecht konservierte, durch Operationen verstümmelte, oder während des Lebens durch regelmäßig eintretende hydropische Ergüsse, ev. auch durch andersartige Erkrankungsprozesse veränderte Fälle, die den Untersuchern zu Gebote standen.

Die vielfachen Erklärungsversuche über die Genese der Hirnbrüche lassen sich unter zwei Gesichtspunkte einordnen. Einerseits wird die Spaltbildung des Schädels und die Hernie auf eine Vergrößerung des Schädelinhaltes durch hydropische Ausdehnung des Gehirnes und seiner Häute oder teratologische Partialhypertrophie (Förster, Morgagni, Spring, Lindfors, Virchow, Berger usw.) zurückgeführt, wobei die veränderten Teile durch ihr Vordrängen gegen die Schädelhüllen die Schließung des Schädelgewölbes verhindern oder durch Druck eine Öffnung im Knochen erzeugen sollen, durch welche sie in Form einer Hernie nach außen treten. Andererseits wird das Hauptgewicht auf eine ursprüngliche, von den Vorgängen im Schädelinnern unabhängige Bildungshemmung des Schädels gelegt. Diese hat ein Ausbleiben der Verknöcherung an lokalen Schädelstellen zur Folge und soll hervorgerufen werden durch eine Verwachsung der Eihäute oder der Placenta mit der Schädeloberfläche, (Dareste, Geoffroy St. Hilaire, Förster) durch eine rachitische Schwäche des Schädels (Niemeyer, Klementowsky), oder durch eine mangelhafte Differenzierung der knochenbildenden und meningealen Schichte des Mesoblasts aus inneren, noch unbekannten Ursachen (Muscatello, Siegenbeck van Heukelom).

Die Verlagerung von Teilen des Schädelinhaltes in den Bruchsack durch eine präformierte Lücke ist nach dieser Theorie eine sekundäre Folgeerscheinung und darin begründet, daß der durch

gleichzeitigen Hydrocephalus mehr Raum beanspruchende Schädelinhalt an der nicht konsolidierten Stelle zu geringem Widerstande begegnet (FÖRSTER), oder aber dadurch, daß der Schädelinhalt infolge der intrakraniellen Druckverhältnisse das Bestreben hat, nach dem Orte verminderten Widerstandes auszutreten (MUSCATELLO). SIEGENBECK VAN HEUKELOM glaubt außerdem, daß durch Verwachsungen der Neuralanlage mit dem verbildeten Schädelteile diese bei Ausbuchtung des letzteren durch den intrakraniellen Druck passiv mit verlagert und verzogen wird.

Eine Reihe von Autoren haben beide Theorien als berechtigt anerkannt und stellen sich somit auf den Standpunkt, daß die Hirnbrüche keine einheitliche Genese haben. Dieser kurze Überblick über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich dieser Mißbildungen zeigt jedenfalls das eine, wieweit man noch von abschließenden Ergebnissen entfernt ist. Es bedarf hierzu noch ausgedehnter Detailarbeit und vor allem einer eingehenden Untersuchung der verschiedenen Formen von Schädelspalten unter besonderer Berücksichtigung des Zentralnervensystems. Erst aus dem Vergleich vieler Befunde und an den daraus gewonnenen Gesichtspunkten wird sich der innere Zusammenhang der dabei bestehenden Veränderungen erkennen lassen und eine Entscheidung darüber möglich sein, ob die verschiedenen Formen der Gehirnbrüche einer einheitlichen Pathogenese ihren Ursprung verdanken, und nur nach Art und Intensität des einwirkenden Faktors in verschiedener Form zur Entwicklung kommen, oder ob man es mit einer Krankheitsgruppe verschiedener Genese zu tun hat, die nur symptomatisch den Schädeldefekt gemeinsam hat.

Die Lösung dieser Frage wird auch fruchtbringend sein für die Beurteilung verwandter Defektbildungen im Bereiche der Wirbelsäule, die vielfach Hirnbrüche komplizieren.

Es sind aber auch rein praktische Interessen, welche zum Studium dieser Mißbildungen anregen. Sie bilden unter Umständen ein dankbares Objekt für den Hirnchirurgen und beweisen die vielen, gerade von Chirurgen erfolgten Publikationen, wie sehr sich bei diesen das Bedürfnis nach Klarstellung aller noch dunklen Fragen geltend gemacht hat. Die genaue Kenntnis der die einzelnen Formen begleitenden Störungen der Neuralanlage, am Obduktionstisch gewonnene Erfahrungen, wie weit sich letztere durch klinische Symptome verraten, werden die Diagnose, ob und welche Gehirnteile in den Gehirnbruch einbezogen oder sonst mitbetroffen sind, erleichtern, dadurch

die Indikationsstellung zur Vornahme einer Operation sicherer gestalten und zwecklose Eingriffe vermeiden lassen.

Nachfolgender typischer Fall einer ausgedehnten Hydroencephalocele, dessen Überlassung ich Herrn Dr. E. Spitzer verdanke, reicht natürlich nicht zu einer umfassenden Bearbeitung aller dieser in Betracht kommenden Fragen aus, und soll in erster Linie nichts anderes bieten, als eine genaue Erläuterung aller der für ihn gültigen Befunde, und eines Vergleichs derselben mit den bisherigen Kenntnissen über Hydroencephalocelen.

Krankengeschichte.

Neugeborener Knabe, drittes Kind. Die früher geborenen zwei Kinder leben und sind gesund. Auch die Eltern sind gesund; der Vater ist kein Trinker; die Mutter gracil gebaut, war während der Gravidität nicht krank, machte jedoch zu dieser Zeit familiärer Verhältnisse wegen einen Aufregungszustand durch. Die Geburt erfolgte rechtzeitig in Kopflage und ging leicht von statten. Das Kind atmete regelmäßig, Puls und Herztöne waren kräftig, die Temperatur subnormal. Der Schädel ist hochgradig mikrocephal, der Kopfumfang (Augenbrauenbogen — unterer Rand der Bruchlücke) beträgt 26 cm, die vordere Fontanelle ist nicht tastbar. Besonders stark verkleinert ist die Schädelhöhe, durch die starke Abflachung der Scheitelbeine und die mangelnde Stirnwölbung. Das knöcherne Schädeldach setzt sich fast horizontal hinter den Augenbrauenbogen nach hinten fort und springt nur in der Mittellinie die Sagittalnaht leicht kammartig vor. Das Gesicht zeigt wie bei Hemicephalen den „Krötenausdruck". Die Augen prominieren stark, die Nasenwurzel ist sehr breit.

Am Hinterhaupte hängt an der Stelle der kleinen Fontanelle an einem Stiele eine von Kopfhaut überkleidete fluktuierende Geschwulst mit gatter Oberfläche. Dieselbe ist von nierenförmiger Gestalt und doppelter Kopfgröße (16 : 11 cm Durchmesser) und zieht durch ihre Schwere beim Aufsetzen den Kopf ganz nach hinten. Am kurzen Stiele besitzt die Haut einen deutlichen Kranz von längeren dunklen Haaren. Gleichzeitig ist dieselbe im Sinne einer Drehung um die Längsachse der Geschwulst in Falten gelegt. Gegen die hintere Kuppe der Geschwulst zu verliert die Haut ihr normales Aussehen und verdünnt sich zu einer düster blauroten, stellenweise exkoriierten Membran mit milchig glänzender Epidermislage. Der Übergang der normalen in die verdünnte Haut findet in unregelmäßig gezackter Linie statt.

Bei Druck auf die Geschwulst stellen sich allgemeine Konvulsionen ein. Die Augenlider sind geschlossen, die Bulbi schauen gerade aus. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren auf Licht nicht. Die Bindehautreflexe sind deutlich auslösbar. Spontane Bewegungen geschehen selten. Das Kind macht zeitweise schmatzende Lippenbewegungen, und nimmt mit kräftigen Saugbewegungen die dargereichte Brust. Schlucken der Milch ist unter häufigem Verschlucken möglich. Die Gesichtsmuskulatur wird

dabei symmetrisch innerviert. Schreien und Weinen geschieht nicht. Das Kind gibt nur selten schwache Laute von sich. Auch beim Anblasen erfolgt keine Reaktion. Die Finger der Hände sind meist etwas eingebogen, bei Berührung der Handflächen, z. B. durch Einlegen eines Fingers, wird der betreffende Gegenstand sofort umklammert und festgehalten (Greifreflex). Auf Nadelstiche stellt sich allgemeine Körperunruhe ein; die Beine sind meist an den Leib gezogen, Kniesehnenreflexe können nicht mit Sicherheit ausgelöst werden. Spontaner Abgang von Mekonium.

Die Nahrungsaufnahme war nur durch 2 Tage hindurch möglich. Dann konnte nichts mehr geschluckt werden. Am dritten Lebenstage traten allgemeine Konvulsionen auf, aber auch dabei kam es nie zum Schreien. Am vierten Tage früh Exitus.

Pathologisch-anatomischer Befund.

Reife, abgesehen von der Mißbildung am Kopfe, gut entwickelte Frucht von 54 cm Körperlänge und über 3000 g Gewicht.

Die Wirbelsäule ist geschlossen, ohne Verkrümmung, das Körperskelett und die Extremitäten zeigen gewöhnliche Formation. Die Körperhaut ist mit reichlichem Lanugo bedeckt, das Fettpolster gut entwickelt. Die Nabelgefäße verlaufen normal. Die Baucheingeweide lassen nur im Bereiche des Colon descendens eine abnorme Lagerung erkennen. Dieses ist fingerdick aufgebläht und mit Mekonium gefüllt, bildet eine große Schlinge, die unterhalb und parallel dem Colon transversum bis in die Lebergegend hinzieht und von da über den rechten Darmbeinteller vorbei in die rechts gelagerte Flexura sigmoidea sich fortsetzt. Der Wurmfortsatz ist ca. 4 cm lang. Die Nebennieren sind klein, aber von typischer Konfiguration. Die Thymusdrüse ist groß, dreifach gelappt, blutreich. Die übrigen Brusteingeweide zeigen keine Abweichung vom typischen Bau. Die Lungen sind lufthaltig und stark hyperämisch. Sämtliche venösen Gefäße sind stark injiziert. Im Herzbeutel finden sich zerstreutekleinere Echymosen.

Das Zellgewebe unter der Kopfhaut ist stark ödematös durchtränkt. Die Stirn- und Scheitelbeine sind klein, abgeflacht und erscheint der Schädel infolge der mangelnden Schädelwölbung wie von oben nach unten zusammengequetscht. Die Sagittal-, Koronar- und Stirnnaht stoßen ohne Bildung einer großen Fontanelle zusammen. Die Stirn- und Scheitelbeine sind vollständig verknöchert und verhältnismäßig kompakt, die Schläfenschuppen sind dagegen papierdünn und mit der Pinzette leicht eindrückbar. Das obere Dach der Augenhöhlen ist infolge der stark zurückfliehenden Augenbrauenbogen ganz schmal und ist darin das starke Prominieren der Bulbi begründet. An der Schädelbasis fällt neben der Kleinheit der vorderen Schädelgruben die starke Steilstellung des Clivus und die dadurch bedingte Verkürzung der Schädelbasis in die Augen. Bei näherer Betrachtung ergibt sich, daß die Stellung der Knochen der Schädelbasis fast vollkommen der entspricht, wie ich sie am Hemicephalenschädel beschrieben habe. Die obere Fläche des Keilbeinkörpers springt stark vor und erhält durch die seitliche Begrenzung mit den zu massigen Knochenwülsten verdickten kleinen Keilbeinflügeln, die nicht in eine seitliche Spitze auslaufen, eine kaffeebohnenähnliche Konfiguration. Die hintere Fläche der

Sattellehne, die zur Bildung des Clivus hinzutritt, ist schief nach vorne unten gestellt, der Winkel, den Keilbein und Clivus zusammen einschließen, ist etwas kleiner als 90^0, also ein spitzer, während er im normalen Schädel ein stumpfer ist. Die Hinterhauptsschuppe besteht aus kompakter Knochenmasse ist abgeflacht und wenig nach hinten vorgewölbt. Die Schädellücke an Stelle der kleinen Fontanelle ist von querovaler Gestalt (3,5 cm Querdurchmesser, 2 cm Höhendurchmesser); ihre obere Umgrenzung wird durch den hinteren Rand der Scheitelbeine, ihre untere durch den wulstig verdickten und konkav nach unten ausgebogenen oberen Rand der Hinterhauptsschuppe gebildet.

Die Dura der Konvexität ist stark injiziert, im Bereiche der Nähte fest adhärierend, mit dem Gehirn weder an der Oberfläche, noch an der Basis verwachsen. In der Mittellinie senkt sich eine der Größe des Gehirns entsprechende Falx cerebri in die Tiefe der Mantelspalte. Der enge Sinus longitudinalis enthält wenig geronnenes Blut. In der hinteren Schädelgrube und an der Basis ist die Dura etwas dicker, sehnig glänzend, und vom Knochen schwer ablösbar. Die Sinus transversi umkreisen den inneren oberen Rand der Bruchlücke und münden in den Sinus longitud. ein. Der rechte ist bedeutend weiter als der linke. An der Bruchlücke ist die Dura sehr stark verdickt und mit den Knochenrändern fest verwachsen. An dieser Lücke ist auch der Stiel befestigt, mittels welchem die Geschwulst am Schädel hängt. Er besteht nach Ablösung der Kopfhaut aus einem bindegewebigen Ringe, dessen zentrales Lumen durch nervöses Gewebe ausgefüllt ist, das den Inhalt der Schädelhöhle mit dem der Geschwulst in Verbindung bringt.

An diesem Bindegewebsringe lassen sich deutlich mehrere Schichten voneinander abgrenzen. Nach Ablösung der Kopfhaut und des Unterhautzellgewebes zeigt sich, daß das Periost des Schädeldaches sich nach hinten auf ihn festsetzt. Sodann folgt nach innen zu eine dickere Gewebslage, die am Knochenrande der Bruchpforte befestigt ist; zuinnerst läßt sich als dritte Schichte ein aus der Dura des Schädels sich fortsetzendes Gewebsblatt ablösen, das in der oberen Ringhälfte in der Mittellinie die Fortsetzung der großen Sichel mit dem Sinus longitudinalis, an den Seitenrändern des Ringes in direktem Anschlusse an die kleinen Tentor. cerebelli innerhalb der hinteren Schädelgrube je eine septumartige vorspringende Falte zeigt. Das nervöse, den Bindegewebsring ausfüllende Gewebe ist außerdem noch durch arachnoideales und piales an seiner Oberfläche eingehüllt: Es sind also durch die Knochenlücke sämtliche Hirnhäute ausgestülpt und gehen in die Geschwulst über.

Der im Schädel gelegene Anteil des Gehirnes (Fig. 1—3)

besteht aus einem Großhirnanteile in der Länge von 7 cm und Breite von 7 cm, sowie aus Kleinhirn, Brücke und Medulla oblongata.

Kleinhirn und Brücke (Fig. 1) liegen der hinteren basalen Fläche der des Großhirnanteils an und zeigen eine auffällige Lagerungsanomalie. Die M. oblongata mit den stark vorspringenden Oliven liegt auf dem Clivus, die Brücke biegt in nahezu rechtem Winkel nach hinten um, so daß ihre gewöhnlich auf dem Clivus liegende Fläche direkt nach

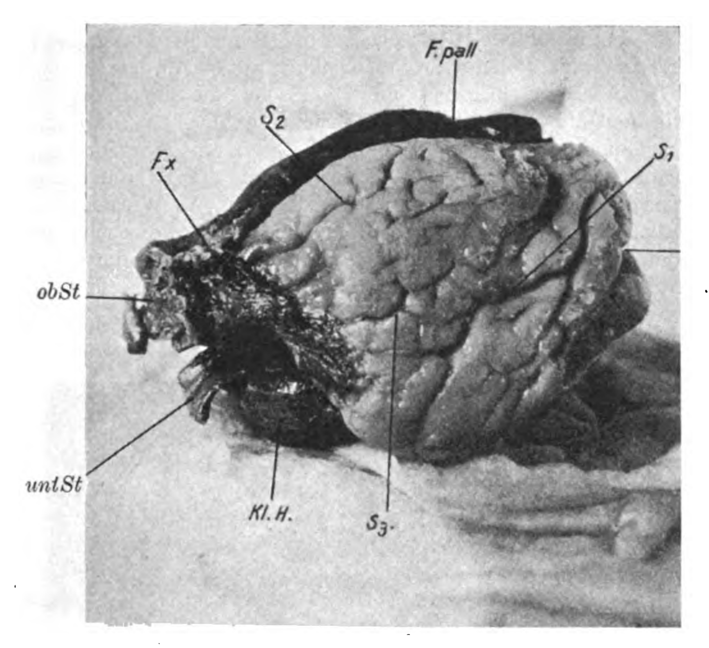


Fig. 1. Oberflächenansicht der intracephalen Gehirnteile.

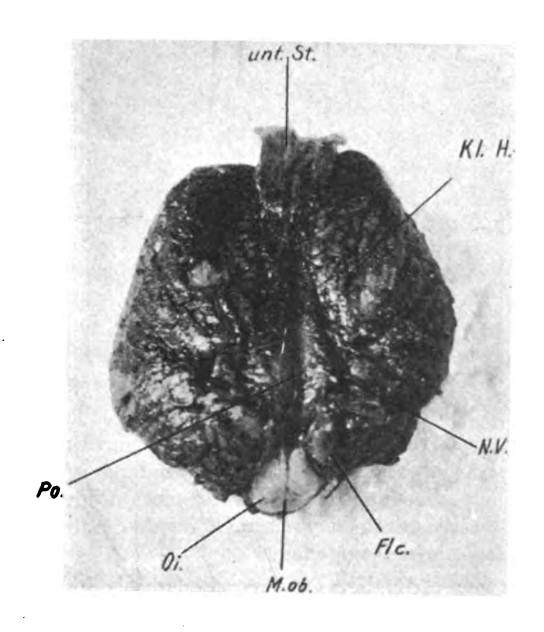


Fig. 2. Ansicht des Hirnstammes nach Ablösung der Hemisphären.

oben sieht und unterhalb des Großhirns zu liegen kommt. Das ganze Kleinhirn liegt nicht wie im Normalen oberhalb, sondern unterhalb der Brücke. Kleinhirn und Brücke erscheinen um eine Quersache, die durch die Übergangsstelle zwischen M. oblongata und Brücke geht, nach hinten gedreht. Diese Übergangsstelle ist wie gewöhnlich durch eine Querfurche markiert. Die Ponsanschwellung springt weniger vor, ist durch eine breite Längsrinne eingeschnitten. Die austretenden VII., VIII., V. Wurzeln sind beiderseits sichtbar. Trochlearis und okulomotor. Fasern konnten jedoch nicht aufgefunden werden. Die basale Pia ist etwas verdickt, die Art. basilaris dünn, vereinigt sich aus den beiden Art. vertebralis erst über der Pons-

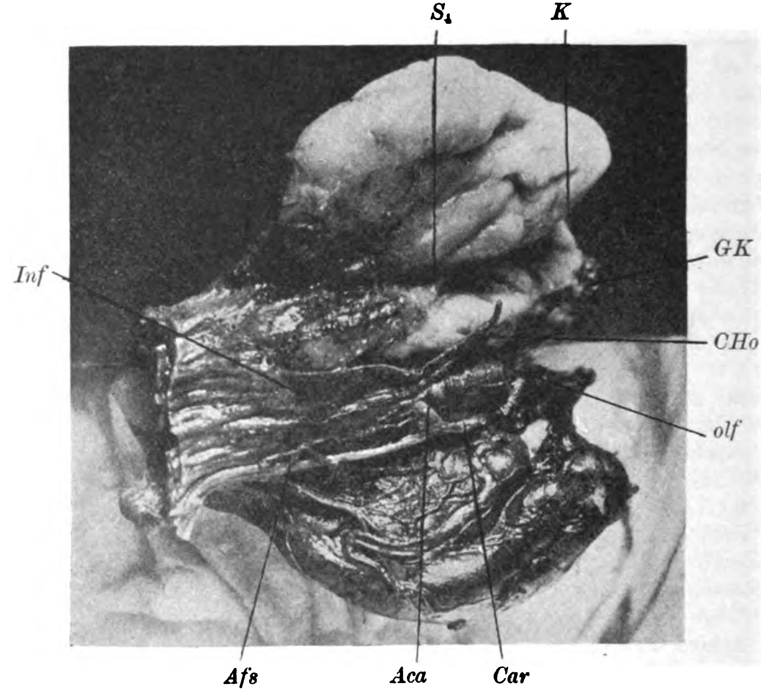


Fig. 3. Der intracephale Gehirnanteil an seiner basalen Fläche.

anschwellung und gibt wie gewöhnlich die zerebellaren Äste ab. Das Kleinhirn hat trapezförmige Gestalt (Länge 4,5 cm, Breite an der hinteren Kante 2,8 cm), ist in charakteristischen Windungen gegliedert. Beide Hemisphären gehen ohne deutliche Wurmformation ineinander über. Das Foramen Magendie ist durch zarte arachnoideale Stränge geschlossen, und von venösen Gefäßknäueln umgeben.

Wenn man von vorne her an der Schädelbasis in den Spalt zwischen Großhirn und Kleinhirn-Pons dringt, gelangt man nicht auf die Hirnschenkel und Vierhügelgegend, sondern zeigen sich folgende Verhältnisse. Die Ponsanschwellung verschmälert sich nach hinten zu sehr rasch und

geht in ein schlauchartiges Gebilde über, dessen Wandung ca. 1 mm dick ist und in eine Längsrinne zwischen den Kleinhirnhemisphären eingebettet und damit teilweise fest verwachsen ist. Das Lumen dieses Schlauches ist die direkte Fortsetzung des vierten Ventrikels und verläßt dieser Schlauch nach hinten zu die Schädelhöhle durch die Bruchlücke an der kleinen Fontanelle, und bildet dabei den unteren Teil des nervösen Stieles, der durch diese Lücke in die Hinterhauptsgeschwulst übertritt.

Die Brücke geht also an Stelle der Vierhügelgegend in eine schlauchartige Bildung über, die den Schädel durch die Bruchpforte verläßt, Kleinhirn und Brücke stehen mit dem intracephalen Großhirnanteile in gar keinen direkten Beziehungen und lassen sich von diesem vollkommen glatt ablösen. Die Arteria basilaris verläuft auf der Oberfläche der schlauchartigen Bildung nach hinten und teilt sich noch im Bereiche der Schädellücke in zwei Äste (Art. prof. cerebri). Die obere Etage des durch die Schädellücke austretenden nervösen Stieles ist die direkte Fortsetzung des Großhirnanteiles, besteht ebenso wie die untere aus einem querovalen Rohre, dessen obere Wand aber dicker und in der Mittellinie durch eine Falte eingestülpt ist, in der die Fortsetzung der großen Sichel liegt, und die daher der Mantelspalte analog ist. Das Lumen dieses Rohres führt nach vorne in die Ventrikel des Großhirnanteiles, der durch die Mantelspalte in seinem größeren Anteile bis nahe an den Stiel vollkommen in zwei Hemisphären getrennt ist, zwischen denen die Sichel liegt. An der unteren dünneren Wand des Stieles geht mit breiter Basis ein zungenförmiger platter Gewebsstreifen hervor, der sich nach vorne zu an der Gehirnbasis allmählich verschmälert und zuspitzt. An seiner Spitze weicht er in zwei schmale, marklose, rundliche Stränge auseinander, die durch ihren Verlauf zu den Augäpfeln sich als N. optici erkennen lassen. Dieser zungenförmige Gewebsstreifen entspricht somit dem aus dem Boden des Zwischenhirns vorgestülpten Infundibulum. Ob und wie ein Zusammenhang mit der in der Sattelgrube liegenden Hypophyse bestanden hat, läßt sich nicht mehr nachweisen.

Die weichen Häute (Arachnoidea und Pia) sind etwas dicker, können aber größtenteils von den Hemisphären leicht und ohne Substanzverlust abgezogen werden. Nur am Übergange auf den in der Schädellücke gelegenen Stiel haften sie fest an der daselbst geschrumpften und gelblich verfärbten Rinde. Die reichlich injizierten venösen Gefäße konvergieren gegen die vorderen Pole beider Hemisphären und sammeln sich jederseits zu einem Gefäßknäuel, die der Spitze der Stirnlappen wie eine Kappe aufsitzen (Fig. 3). Die Art. carotis ist dünn (Durchmesser ca. 1 mm), gibt einen Ast in die Tiefe der Mantelspalte ab (Art. cerebr. ant.), der durch eine Art. comunicans ant. mit der vorderen Gehirnarterie der anderen Seite in Verbindung steht; ein zweiter Ast verläuft an der basalen Fläche der Hemisphären nach hinten und verläßt mit dem Stiele das Schädelinnere (Art. fossae sylv.). Die linke Hemisphäre ist kleiner als die rechte, beide sind mit Rinde überzogen und reichlich gefurcht. An jeder Hemisphäre kann eine laterale, mediale und untere Fläche unterschieden werden, die unter Bildung ziemlich scharfer Kanten zusammenstoßen. Durch die hals-

förmige Einschnürung am Übergange in den Stiel kommt es auch noch zur Bildung einer hinteren Kante.

Die untere Hemisphärenfläche ist konkav gewölbt; längs der medialen unteren Kante verläuft jederseits der N. olfactorius als zylindrischer Strang, der mit seinem hinteren Ende aus dem medialen Windungszuge vor dem Infundibulum entspringt (Fig. 3). An der äußeren Kante grenzt eine tiefe Kerbe den in der vorderen Schädelgrube liegenden kleinen Hemisphärenanteil von dem in der mittleren Schädelgrube gelagerten ab. Von dieser Kerbe aus zieht eine Furche quer nach innen, die in eine Längsfurche der medialen Hemisphärenfläche übergeht. Bei näherer Untersuchung zeigt sich, daß diese letztere Furche sehr tief ist, mit ihrem Boden bis nahe an den äußeren Hemisphärenrand hinanreicht, und dadurch jede Hemisphäre in zwei Etagen trennt, die nur am lat. Rande durch eine schmale Brücke zusammenhängen. Der in der mittleren Schädelgrube liegende Hemisphärenanteil wölbt sich gegen die Basis uncusartig vor (Fig. 3) und wird durch eine tiefere Längsfurche (s_4) von dem medialen, die Ausbreitung des N. olfactor. tragenden Windungszuge, abgegrenzt. Aus der Tatsache, daß der Riechnerv noch im Bereiche des in der mittleren Schädelgrube liegenden Hemisphärenanteiles liegt, geht mit Sicherheit hervor, daß auch die uncusartige Verwölbung hinter der Kerbe nicht dem Temporallappen angehört; beide Hemisphären entsprechen nur den Stirnlappen des normalen Gehirnes, die hier atypischerweise den ganzen Innenraum des Schädels ausfüllen und ist die uncusartige Verwölbung an der Basis Ausdruck einer Formanpassung des Gehirnes an den Schädel, zur Ausfüllung der mittleren Schädelgruben. Neben den bisher erwähnten Hauptfurchen finden sich noch kleinere seichte Furchen an der lat. basalen Fläche und an der Basis des Stirnpols.

Die äußere Fläche ist konvex gewölbt, so daß sich an derselben eigentlich ein oberer und äußerer Anteil unterscheiden läßt. Sie ist durch, größtenteils längsverlaufende Furchen, die vielfach noch den Grübchentypus zeigen, reichlich gegliedert. Der längste und tiefste Sulcus verläuft von der äußeren Spitze des Stirnlappens in schiefem Zuge nach hinten unten gegen die Ecke, die durch das Zusammenstoßen der hinteren und lateralen Kante gebildet wird (Fig. 1 s_1) und gibt in ihrem Verlaufe mehrere Seitenäste ab. Zwei weitere Längsfurchen treten auch im hinteren Bereiche des oberen Anteiles der konvexen Fläche hervor, die am Übergange in den hinteren Stiel endigen.

Auf der medialen Fläche ist links über und hinter der früher erwähnten Längsfurche eine zweite sichtbar, die im Übergange zum vorderen Hemisphärendrittel zur oberen Kante abbiegt. Rechts nimmt sie nicht diesen Weg, sondern mündet von hinten her in die unterhalb gelegene Längsfurche ein. Eine Balkenformation fehlt. In einer Frontalebene durch den hinteren Hemisphärenrand, also im Übergange zum hinteren Stiel, und unmittelbar vor dem Infundibulum, vereinigen sich die medialen Hemisphärenwände in der Mittellinie zu einer dünnen Membran (Lamina terminalis), welche in die obere und untere Wand des Stieles übergeht und hinter welcher die Hemisphärenventrikel in das einheitliche Lumen des Stieles zusammenfließen. Lage des Infundibulum, als auch der vor-

deren Schlußplatte erweisen somit mit aller Deutlichkeit, daß der Stiel vordere Anteile des Zwischenhirns in sich begreift. Die mikroskopische Untersuchung des intracephalen Großhirnanteiles auf Frontalschnitten durch beide Hemisphären (Fig. 4) hat folgendes ergeben:

Meningen: Die meningealen Gefäße sind strotzend mit Blut gefüllt, in ihren Wandungen verdickt, aber ohne besondere Wucherungen der Intima. An der basalen Fläche, mehr gegen den äußeren Rand zu, ist die Pia stellenweise schwartig verdickt, mit der Rinde verwachsen, sehr kernreich mit Körnern, Gliazellen und reichlichen Pigmentkörnchenzellen durchsetzt; die Gefäße sind daselbst vermehrt und durch starke Verbreiterung der Adventitia auffällig. Ähnliches findet sich auch am hinteren Hemisphärenrande, im Übergange zum Stiel; hier ist die Pia mit der Oberfläche innig verwachsen, stark verdickt und nimmt die Stelle der

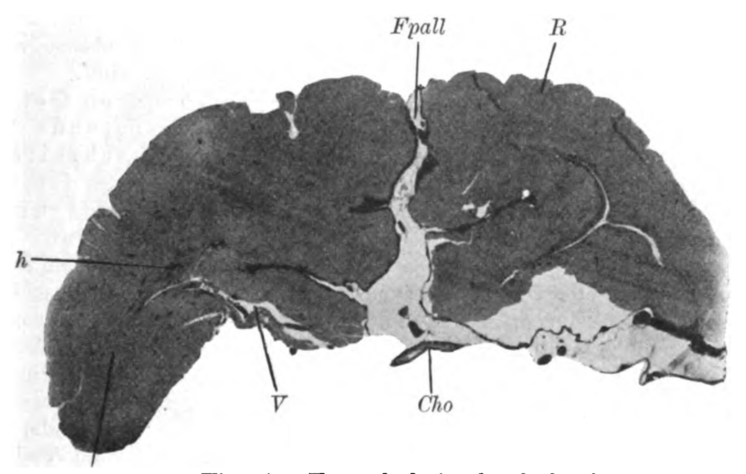


Fig. 4. Frontalschnitt durch den intracephalen Gehirnanteil zirka in der Mitte seiner Länge. Färbung Pal-Karmin.

Rinde ein. Das gefäßreiche Piagewebe dringt in die Tiefe, zerklüftet die nervöse Substanz zu Streifen und Kugeln. Zwischen den Bindegewebsfasern liegen auch zerstreute Pigmentkörnchenzellen und Blutkörperchen. Diese stärksten Veränderungen liegen gerade im Bereiche des inneren Randes der hintern Schädellücke, also an einer Stelle, an der dem Gehirnwachstume durch die Raumbeengung der größte Widerstand entgegengesetzt wurde. Da sie an keiner anderen Stelle so intensiv ausgeprägt sind, so müssen sie wohl als sekundäre Folge der Mißbildung aufgefaßt werden.

Die Ventrikel nehmen nur die hintere Hemisphärenhälfte ein und bilden auf dem Querschnitte die Figur eines umgekehrten Y (⅄) mit medialer, lateraler und unterer Wand. Beide sind groß, der linke größer, als der rechte. In ihrem vorderen Anteile liegen beide ganz innerhalb der Markmasse, und wird die mediale Wand in ihrer Totalität durch die an der medialen Hemisphärenfläche verlaufende tiefe Längsfurche bogen-

förmig vorgewölbt; diese Längsfurche erweist sich somit durch dieses Verhalten als eine Totalfurche. Nach hinten zu verdünnt sich der die untere (basale) Hemisphärenwand bildende Ventrikelboden sehr rasch in eine dünne Membran, in der Rinden- und Markschichtung vollkommen verloren geht. In diesem Bereiche ist dadurch die basale Hemisphärenfläche sehr dünn und leicht einreißbar. In derselben Weise verschmälert sich auch allmählich der untere Teil der medialen Hemisphärenwand, der der unteren Furchenwand der medialen Längsfurche, vom Boden dieser bis zur medialen unteren Hemisphärenkante, entspricht. Die medial verdünnten Wandungen vereinigen sich schließlich in der Mittellinie zur vorderen Schlußplatte, hinter welcher die beiden Vorderhörner miteinander kommunizieren. Diese verdünnten Ventrikelwände bestehen zum Hauptteile aus Bindegewebs- und Gliakernen, großen Spinnenzellen mit mehreren Kernen, und Häufchen von runden oder ovalen Zellen ohne Fortsätze, mit feingekörntem Protoplasmaleib und kleinen runden Kernen. Von der Pia her dringen Bindegewebszüge herein, zwischen deren Maschen, ebenso wie in den adventitiellen Lymphscheiden Körnchenzellen sichtbar sind.

Es zeigt sich somit, daß schon in diesen vorderen Gehirnteilen die in der normalen Entwicklung eintretende Verdickung der Hemisphärenwände durch fortschreitende Differenzierung nervösen Gewebes ausgeblieben ist, wodurch ein Teil der Wand des sekundären Vorderhirnes als dünne Wandmembran erhalten geblieben ist. Der Ependymzellenbelag an der Ventrikeloberfläche ist nur an einzelnen Stellen sichtbar, größtenteils fehlt er. Die gliöse Wandschichte ist faser- und kernreich; vielfach liegen in dieselbe eingesprengt Anhäufungen von mit Thionin dunkel gefärbten kleinen Körnern, die sich schon makroskopisch als dunkelere Flecken abheben. An der Grenze gegen die weiße Substanz finden sich auch vereinzelt besonders zellreiche Inseln, die neben den Körnern größere birnförmige und ovale Zellelemente mit einem oder zwei Fortsätzen (bipolare Zellen und Neuroblasten) enthalten. Zum Teil sind diese Inseln dem Boden bis nahe an die Ventrikelwand heranreichender Windungen zugehörig. Zum Teil sind sie aber davon ganz unabhängig und entsprechen wohl heterotopen grauen Keimgewebe, das nicht zum Aufbau der Rinde verwendet und an der Ventrikelwand liegen geblieben ist.

An beiden Hemisphären ist der Mantel bis nahe zum hinteren Stiel deutlich in weiße Substanz und Rinde gegliedert. Die erstere ist noch vollkommen marklos und im Verhältnis zur Rinde schmal. Besonders tritt dies an der kleineren linken Hemisphäre hervor. Die Rindenoberfläche ist am deutlichsten an der linken Konvexität in vielfache mikrogyrische Faltungen erhoben, deren einander zusehende Flächen aber durch einen gemeinsamen Molekularstreifen zusammenhängen, so daß den mikrogyrischen Faltungen keine äußerlich sichtbaren Furchen entsprechen. Die Dicke der Rinde variiert sehr stark an den verschiedenen Stellen; sie ist am geringsten im Bereiche der Mikrogyrie, am größten im lateralen Anteil der basalen Fläche, in der die Gliederung in Furchen und Windungen am wenigsten ausgeprägt ist.

An den wohlausgebildeten Rindenstellen zeigt sich der Aufbau derselben folgendermaßen. Auf die verbreiterte und zellarme Molekularschicht

folgt nach innen zu als ausgedehnteste Schicht eine relativ zellreiche, die nur wenig wohlausgebildete kleine und mittelgroße Pyramidenzellen enthält. Größtenteils besteht sie aus birnförmigen Elementen, mit oberflächenwärts gerichteten Fortsätzen und blassem, undifferenziertem Protoplasma, aus bipolaren, spindelförmigen Elementen, und aus gänzlich undifferenzierten Keimzellen. Ihre äußere und innere Grenze ist durch eine stärkere Anhäufung von Körnern gekennzeichnet. Hierauf folgt eine schmälere lichtere Schicht, in der die zelligen Elemente spärlicher und in größerer Distanz voneinander liegen. Ein Teil derselben hat deutlich die Form der großen Pyramidenzellen mit größerem runden Kern und Kernkörperchen. Sodann folgt wieder eine schmale zellreichere Schicht mit vorwiegend kleineren Zelltypen, denen an der inneren Grenze zerstreut große, multipolare Ganglienzellen beigemischt sind. Diese Zellen sind die wohlausgebildetsten der ganzen Rinde und sind durch ihre Größe schon bei

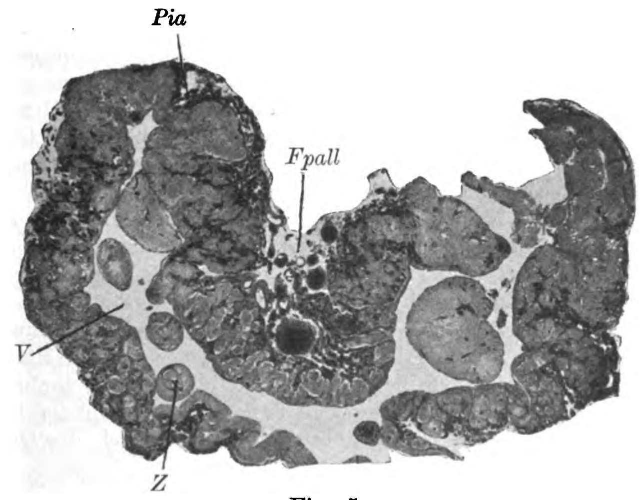


Fig. 5.
Frontalschnitt durch die obere Etage des Bruchstieles.

schwacher Vergrößerung sichtbar. Diese innerste Schicht grenzt sich aber gegen das Mark zu nicht scharf ab. Über die ganze weiße Substanz bis zur Ventrikelwand findet man in allen Schnitten zerstreute multipolare Zellen, größere Pyramidenzellen, sowie Neuroblasten. Die Dicke der einzelnen Schichten sowohl als auch der Reichtum, Anordnung und Ausbildung der Zellen ist an den verschiedenen Rindenschichten außerordentlich verschieden. An vielen Stellen fehlen ausgebildete größere Pyramidenzellen fast ganz und sind in dieser Schicht die Zellen auch ganz unregelmäßig durcheinander gelagert. Am schmälsten sind alle Schichten der Rinde im Bereiche der Mikrogyrie und erscheinen hier stellenweise auf ein ganz schmales Zellband mit undifferenzierten Keimzellen und ohne bestimmte Schichtung reduziert. In den hinteren Hemisphärenanteilen, am Übergange in den Stiel, verwischt sich die Rindenschichtnng in sehr starkem Maße. Die Rinde besteht hier

nur mehr aus einer verschieden dicken Schichte Körner, Neuroblasten und bipolaren Zellen, die ganz unregelmäßig ohne bestimmte Einstellung angeordnet sind und sich öfters zu kleinen Häufchen und Nestern zusammenordnen. Im allgemeinen ist hier die Zahl der Zellen beträchtlich reduziert und auch die Abgrenzung der Rinde gegen die weiße Substanz eine verschwommene und undeutliche. Unter allmählicher Reduktion der Dicke des Mantels gehen beide Hemisphären in den hinteren Stiel über (Fig. 5), der auf dem Querschnitte eine Halbmondfigur bildet, dessen obere dickere Wand durch die Fortsetzung der Mantelspalte eingestülpt ist. Die beiden nach oben gerichteten Hörner entsprechen den rudimentären Hemisphärenausbuchtungen, das Mittelstück, in der beide Ventrikel zu einem gemeinsamen Lumen zusammenfließen, und aus dessen Boden das Infundibulum sich ausstülpt, gehört dem Zwischenhirn an. Es sind also im Bereiche der engen hinteren Schädellücke die Hemisphären in ihrem Größenwachstum besonders stark behindert gewesen und bilden in Anpassung an den geringen, ihrer Ausbreitung zur Verfügung stehenden Raum nur ganz rudimentär seitlich aus dem Zwischenhirn hervorgehende Anhänge. Die Wandung dieses Stieles läßt keine Anlage von weißer und grauer Substanz, oder eine bestimmte Gliederung erkennen. Sie besteht aus einem faserreichen gliösen Grundgewebe, mit zahlreichen Gliakernen, großen, auch mehrkernigen Spinnenzellen, sowie spärlichen Gruppen von Körnern, die meist in einem lichten Hofe liegen. Nur ganz vereinzelt finden sich hie und da Neuroblasten ähnliche Formen. Der Ependymzellenbelag an der inneren Oberfläche ist ebenfalls nur stellenweise nachweisbar. Die Pia ist verdickt, ungemein gefäßreich und dringt überall mit reichlichen Strängen und Septen zwischen das gliöse Wandgewebe und zerklüftet dadurch dasselbe zu Streifen und Kugeln, das Bindegewebe reicht sogar vielfach bis an die Ventrikeloberfläche und breitet sich an dieser aus. Die Pia ist auf diese Weise mit dem Stiele innig und untrennbar verwachsen. Bemerkenswert ist noch, daß sich am Boden der Mantelspalte, entsprechend dem unteren Rande der Sichel, der Querschnitt eines großen venösen Gefäßes hervorhebt.

Das Infundibulum ist auf dem Querschnitt queroval, besitzt in seinem hinteren Anteile in der Mittellinie nahe dem oberen Rande einen schönen mit Epithel ausgekleideten Kanal, der nach vorn zu blind endigt. Neben gliösem Grundgewebe findet sich in der Wand auch feinkörnige molekulare Zeichnung. Außer den Gliakernen, Körnern, Spinnenzellen treten auch reichliche platte Zellen von runder oder länglicher Form hervor, die aus einem kleinen runden Kern und einem homogenen, mit Eosin stark färbbaren Zelleib ohne Fortsätze bestehen. Diese Zellen liegen oft in dichten Haufen nebeneinander. Die gleichen Formen fanden wir in der verdünnten basalen Wand des Vorderhirnes.

Der histologische Bau des unteren, aus der Brücke hervorgehenden Stieles (Fig. 9) ist nicht ganz gleich dem oberen, und ist mehr dem des Infundibulum analog. Die Pia ist wenig verdickt, und von der unebenen und gezackten Oberfläche leicht abtrennbar. Es liegen aber einzelne ganz isolierte Gewebsinseln von Bau der Schlauchwand ganz frei zwischen den Piamaschen.

Die Wand ist in ihrer ganzen Dicke vielfach gefaltet, besteht zum

Teil aus einem feinen molekularen Grundgewebe, zum Teil aus einem grobmaschigen, gefäßhaltigen Glianetze mit viel Spinnenzellen, platten Zellen wie im Infundibulum und Körnern. Ganglienzellen und Neuroblasten fehlen durchgehends. Flächenweise ist das Grundgewebe lichter, weitmaschiger und weniger zellreich, oder finden sich Häufchen mit Körnern und kleinen, von einem lichten Hof umgebenen Kernen. An der inneren Oberfläche ist der Ependymzellenbelag nur streckenweise erhalten.

Die Hinterhauptsgeschwulst.

Nach Entfernung der umgebenden Hauthülle zeigt sich, daß der Inhalt der Geschwulst durch einen mächtigen, extracephalen Gehirnanteil gebildet wird, der durch die hintere Schädellücke direkt mit dem intracephalen Anteile zusammenhängt. Es wurde schon oben nachgewiesen, daß die Hirnhäute durch die Bruchpforte nach hinten ausgestülpt sind und sich in den Bruchsack fortsetzen. Ihre weitere Ausbreitung in diesem gestaltet sich folgendermaßen. Die verdickte Pia und Arachnoidea umhüllen unverändert den extracephalen Gehirnanteil. Die drei Blätter (Dura-Periost), die den bindegewebigen Ring des Stieles bilden, lassen sich hinter der Bruchlücke noch leicht von dem Unterhautzellgewebe loslösen, verschmelzen aber rasch innig und fest mit der Hautbedeckung der Geschwulst und verdünnen sich mit dieser allmählich gegen die hintere

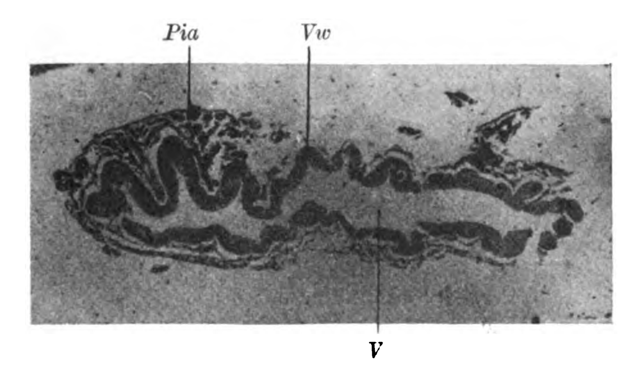


Fig. 9. Querschnitt durch die untere Etage des Bruchstieles.

Kuppe zu. Auf diese Weise hängen auch die Sichel und die seitlichen aus dem Tentorium sich fortsetzenden Leisten direkt mit der Kopfhaut zusammen und werden bei Ablösung dieser mit entfernt. Beide reichen bis zum hinteren Pol der Geschwulst, woselbst sie sich in der Mittellinie vereinigen.

Die innere Fläche der so aus mehreren Schichten bestehenden Bruchsackwandung ist milchig glänzend, glatt, und stellenweise durch strahlige Narbenzüge verdickt. Die mikroskopische Untersuchung der Bruchsackwandung nahe der Kuppe des Sackes (Fig. 6) zeigt zu äußerst eine ganz dünne atrophische Haut, die nur mehr aus einer

schmalen Epidermis und Chorionlage ohne Papillenbildung und ohne Haare und Drüsen besteht. Darunter liegt ein lockeres weitmaschiges Bindegewebe, mit großen venösen Gefäßen. Daran schließt sich ein schmales Bindegewebsblatt mit feinen dichter verflochtenen Faserzügen und zahlreichen, runden und spindelförmigen Kernen, das wieder durch lockeres weitmaschiches Gewebe von der innersten Schichte getrennt ist. Diese letztere hat typischen Durabau, ist gefäßarm und besteht aus dicken, eng aneinander gelagerten, meist längsverlaufenden Bindegewebszügen mit zerstreuten spindelförmigen Kernen. An ihrer inneren Oberfläche trägt sie stellenweise einen Belag ovaler, reihenförmig angeordneter Zellen (Endothelbelag). Auch die Sichel besteht aus straffem duralem Bindegewebe. Im lockeren Bindegewebe an ihrer Wurzel ist auch der Querschnitt des weiten Sinus longitudinalis sichtbar.

Es läßt sich somit mit Sicherheit nachweisen, daß im Bereiche des Bruchsackes, ebenso wie die weichen Häute, auch durales Gewebe gebildet ist. Nur hat sich dasselbe nicht von der übrigen mesodermalen Anlage und der äußeren Hautbedeckung isoliert.

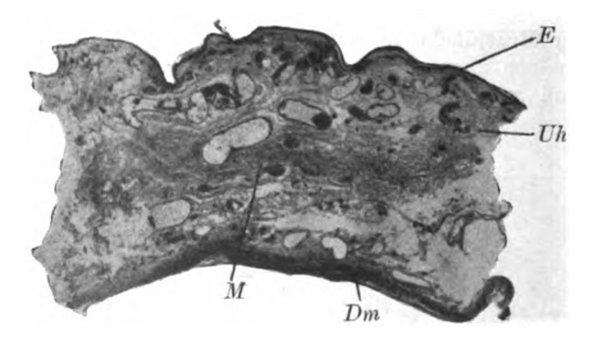


Fig. 6. Schnitt durch den häutigen Bruchsack. Färbung Hämat.-Eosin.

Die Ablösung der Sackwand ist überall leicht von den düster rot verfärbten weichen Häuten möglich; letztere haften der konvexen Oberfläche des Geschwulstinhaltes stärker an, als der ventralen.

Der extracephale Gehirnanteil übertrifft den im Schädel gelegenen bedeutend an Größe; die Breite der ganzen Gehirnmasse beträgt ca. 14,5 cm, die Länge ca. 8 cm. An ihrer oberen Fläche wird sie durch eine Längsspalte, die sich als direkte Fortsetzung der Mantelspalte erweist und in welche auch die Sichel hineinragt, in zwei Hemisphären getrennt, von denen die linke voluminöser ist, als die rechte.

Der ganze Gehirnteil läßt eine obere konvexe, eine basale Fläche, und dadurch, daß die Hemisphären sich knapp hinter dem Stiel sofort in die Breite dehnen, auch eine schmale vordere Fläche unterscheiden. Jede Hemisphäre besitzt außerdem eine mediale, der Mantelspalte zusehende Fläche. Nach Durchschneidung des Stieles hinter der Schädellücke, zeigt sich derselbe analog dem Befunde im Schädel, aus einem oberen größeren und kleineren unteren Anteil mit dünnen Wandungen bestehend. Das

Lumen des oberen führt in eine große Höhle innerhalb der Hemisphären. Der untere Anteil des Stieles setzt sich an der basalen Fläche (Fig. 7) in der Mittellinie derselben als selbständige schlauchartige Formation mit glatter Oberfläche nach hinten fort, verbreitert sich dabei sackartig und endet anscheinend blind im Niveau des hinteren Hemisphärenrandes. Die hintere Hälfte der oberen Wand dieses Schlauches hängt aber mit der Gehirnbasis fest zusammen und lassen sich an dieser Stelle durch die Wand feste knollige Massen durchtasten. Das Lumen dieses Schlauches bildet somit nach hinten einen blinden Sack, kommuniziert aber an der oberen Wand mit den Gehirnhöhlen. Wir ersehen aus diesem Befunde, daß die aus der Brücke hervorgehende Schlauchformation

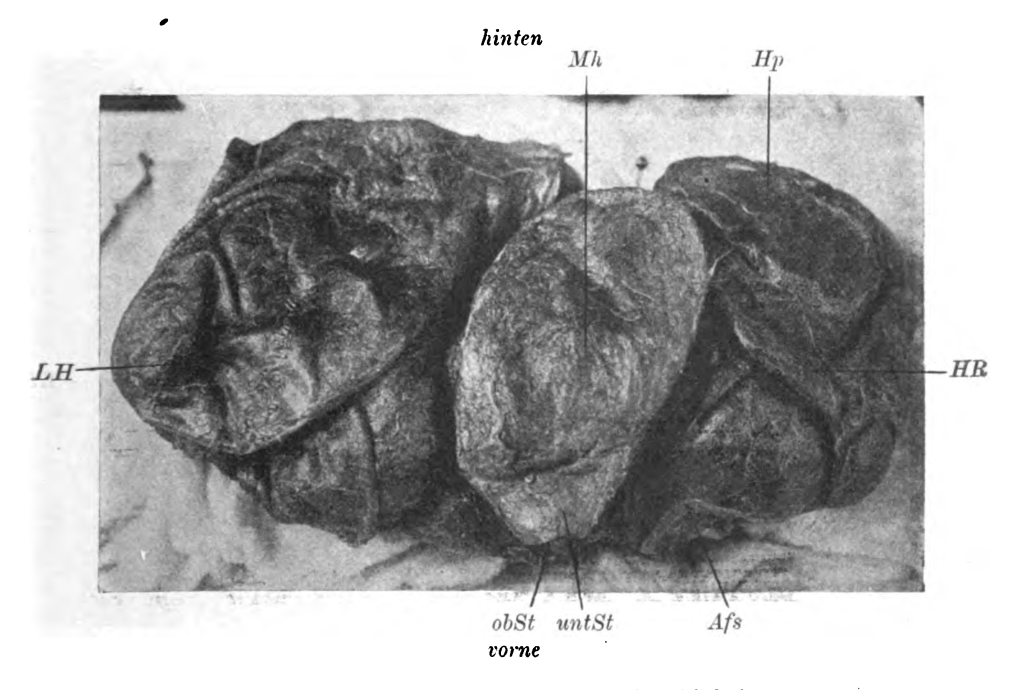


Fig. 7. Untere Fläche des Bruchsackinhaltes.

die Verbindung mit dem Zwischenhirne im extracephalen Gehirnanteile herstellt und demnach dem Mittelhirn entspricht; an diesem ist es jedoch zu keiner Bildung der Vierhügel oder Hirnschenkel gekommen. Es ist nur stark in die Länge gewachsen, auch sein Lumen ist stark erweitert; die Wände sind aber noch vollkommen undifferenziert und ist es in seiner ursprünglichen embryonalen Anlage als Rohr mit dünnen Wandungen erhalten geblieben. Die basalen Hemisphärenflächen sind beiderseits durch eine tiefe Rinne gegen das Zwischenhirn und dem damit zusammenhängenden Mittelhirne abgegrenzt. An der qasalen Fläche sind die Hemisphärenwandungen auffällig dünn, durch

totale Furchen wie ein schlaffer Beutel gefaltet. Diese Furchen lassen sich durch Emporheben der Wandung vollkommen ausgleichen, so daß man eine glatte, leicht einstülpbare Fläche erhält. Diese Gliederung durch Furchen ist eine rohe, jederseits sind nicht mehr als c. 4—5 ausgebildet. Ihr Verlauf ist kein typischer. Ein besonders tiefer und langer Sulcus verläuft von der inneren Fläche des Occipitalpols schief nach vorne außen gegen den äußeren Rand der vorderen Fläche. Vor derselben, im vorderen Anteile der basalen Fläche tritt beiderseits eine höckerartige Vorwölbung hervor, in derem Bereiche die Hemisphärenwand entschieden eine stärkere Dicke besitzt, als an den übrigen Stellen (Fig. 7).

Die konvexe Fläche beider Hemisphären (Fig. 8) ist gewölbt und reichlicher gegliedert. An beiden ist die Furchung eine verschiedene und ebenfalls so atypisch, daß sich keine der normalen Furchen mit

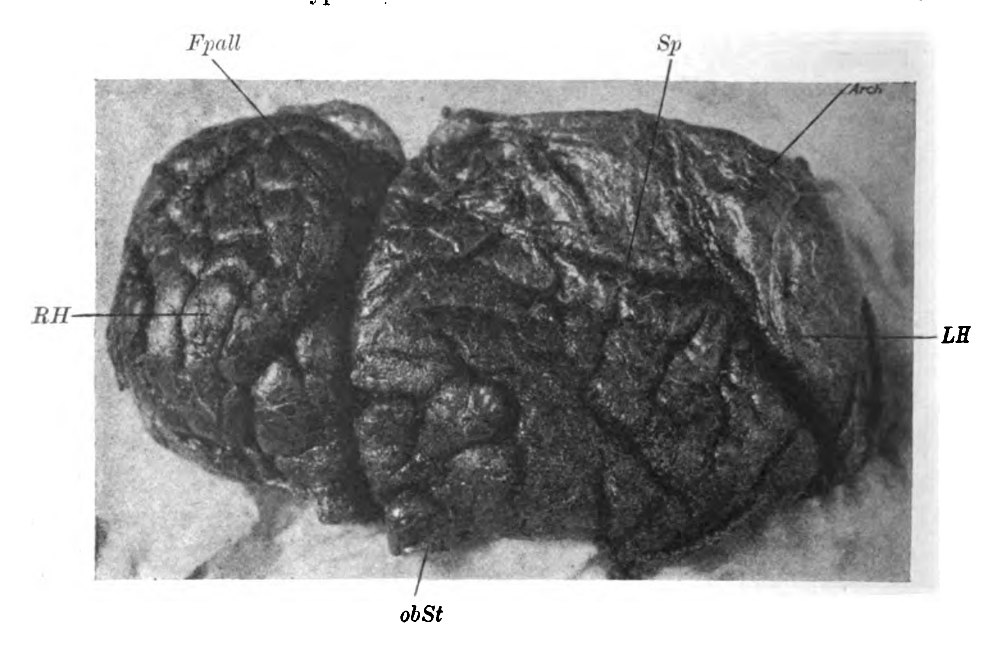


Fig. 8. Obere Fläche des extracephalen Gehirnanteiles.

Sicherheit auffinden läßt. Im Gegensatze zur basalen Fläche sind es aber hier größtenteils keine Totalfurchen, und ist auch, besonders in den vorderen zwei Drittel der konvexen Oberfläche die Hemisphärenwand hier dicker und nicht einstülpbar.

Von einer eingehenden Beschreibung der Oberflächengliederung sehe ich ab und sei auf die beigegebenen Abbildungen verwiesen. Besondere Erwähnung verdient nur folgendes. In der linken Hemisphäre durchquert von der Mitte des oberen Randes nahe der Mantelkante eine tiefe Furche die konvexe Fläche bis zum äußeren Rande und geht hier in eine Furche über, die an der vorderen Fläche seitlich vom Stiele sich ausbreitet. In

der Tiefe dieses vorderen Furchenabschnittes verläuft die, durch die Bruchlücke den Schädel verlassende Art. Fiss. Sylvii, und könnte man daran denken, diese beschriebene Furche der Fiss. Sylvii zu homologisieren. Dieselbe ist auch eine Totalfurche, in die Tiefe versenkte Rindengebiete entsprechend der Insel sind aber keine vorhanden. In der rechten Hemisphäre fehlt eine analoge Furche und sieht man auf der Fig. 7 die Art. Fiss. Sylvii ganz oberflächlich an der vorderen Fläche nach hinten ziehen. In der linken Hemisphäre schneidet auch nahe dem Hinterhauptspole eine tiefe Furche die Mantelkante ein, etwa entsprechend der Lage des S. parieto-occipitalis. Die medialen Hemisphärenflächen sind durch radiär gestellte Furchen gegliedert. An den Hinterhauptslappen schneidet jederseits eine Fiss. calcar. tief ein und stülpt die Wand zum Calcar. avis vor.

In der Tiefe der Mantelspalte hängen beide Hemisphären durch eine dünne Membran zusammen, die nach hinten zu direkt in die sackförmige Ausstülpung des Mittelhirnbläschens übergeht. Die Verbindung beider Hemisphären betrifft aber nur die vorderen $^3/_4$ ihrer Länge. Im Bereiche des hinteren $^1/_4$ weichen beide Hemisphären auseinander und bilden vollkommen getrennte Hinterhauptslappen. An der Kuppe des Blindsackes ist die Sichel festgewachsen. An dieser Stelle kommen zwei dicke Venen aus den Hemisphären, die sich in der Mittellinie zu einer einzigen vereinen (Vena cerebri magna).

Nach Durchtrennung der, beide Hemisphären in der Mittellinie verbindenden Membran sieht man beide kolossal erweiterten Seitenventrikel, und in ihrem hinteren und unteren Anteile die großen Plexus choreoidei liegen. In der Mittellinie ragen am Boden zwei große nierenförmige Körper vor, zwischen denen ein Spalt liegt, der direkt nach unten in das Lumen des Mittelhirnschlauches führt. Am vorderen Pol dieser beiden basalen Ganglien, entspringt ein ganzer Büschel fadenartiger Gebilde, die nach vorne bis in den Stiel innerhalb der Bruchlücke hineinreichen. Diese Fäden sind größtenteils nur an den Ganglien fixiert und können in ihrer ganzen Länge vom Boden abgehoben werden. Ähnliche Bildungen finden sich auch sonst in den Ventrikelwandungen; vielfach auch als Auswüchse in Form markiger Kugeln oder Spindeln, die sich in einen dünnen Faden ausziehen.

Mikroskopische Untersuchung des extracephalen Gehirnanteiles.

Dieser wurde in Serienfrontalschnitte zerlegt, um sowohl die topographischen Beziehungen der einzelnen Teile zueinander, als auch Differenzen im histologischen Baue derselben besser übersehen zu können. Am leichtesten ist die Orientierung und Übersicht über die gegenseitigen Beziehungen der einzelnen Gehirnabschnitte auf hinteren Frontalschnitten vor dem Auseinanderweichen der beiden Hinterhauptslappen (Fig. 10). Der mediale Schnitteil wird hier vom Zwischenhirn eingenommen, dessen obere Wand durch die dünne, beide Hemisphären verbindende Platte am Boden der Mantelspalte gebildet wird. Die Seitenwände werden jederseits durch einen großen ovalen Körper

gebildet, die basalwärts durch eine dünne, sackartig ausgebuchtete Bodenmembran miteinander zusammenhängen und zwischen sich einen breiten Spalt, den III. Ventrikel freilassen. Auf vorderen Schnitten schnürt sich durch seitliche Einfaltung dieser Bodenmembran der ventrale Schlauch ab, der als undifferenziertes Mittelhirn in der unteren Etage des Stiels in den

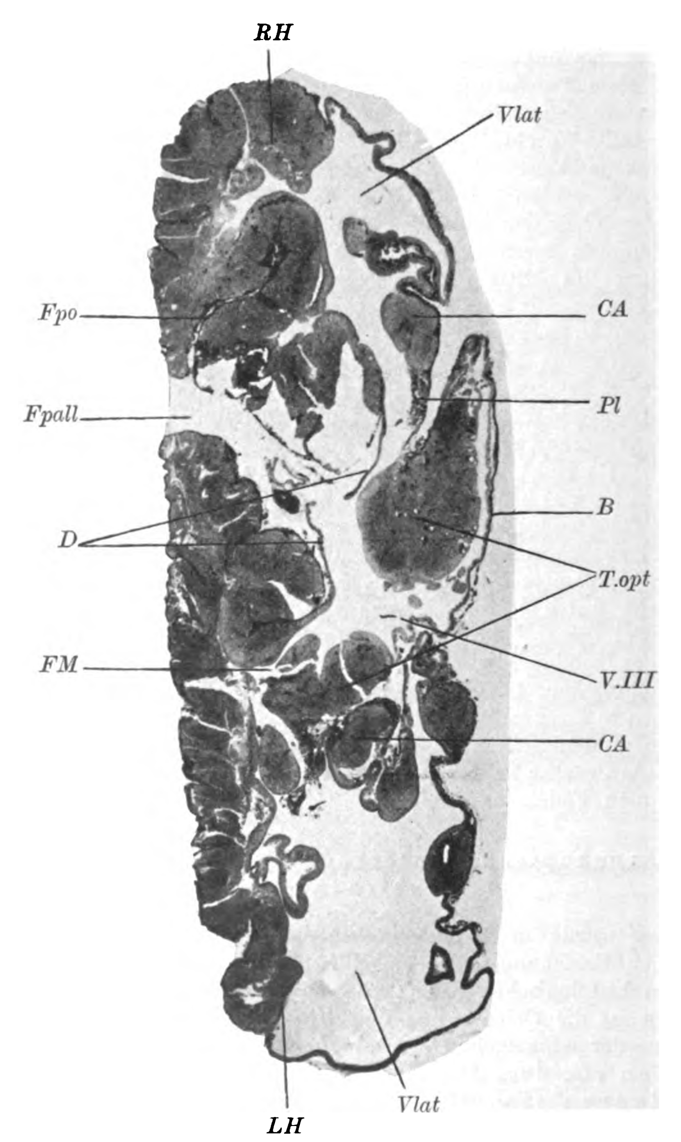


Fig. 10. Frontalschnitt durch den extraceph. Gehirnanteil entsprechend der Grenze des mittl. u. hinteren $^1/_3$ seiner Länge.

Schädel und dort in die Brücke übergeht. Man gelangt somit vom Boden des Zwischenhirns nach vorne unten in das Lumen des Mittelhirns und zeigen sich beide dadurch unter einem stark spitzen Winkel gegeneinander abgeknickt. Dieser Befund lehrt, daß es hier zu einer ganz abnorm starken Verbiegung des Medullarrohres gekommen ist, die sich nicht mehr ausgeglichen, sondern persistent geblieben ist.

Die beiden grauen Körper in der Seitenwand des Zwischenhirnes sind an ihrer ventrikulären Oberfläche stellenweise mit Ependym überzogen und bieten in ihrem histologischen Bau vollkommen das Bild von Ganglienknoten. Innerhalb eines molekularen Grundgewebes liegen zerstreut oder in kleinen Gruppen Ganglienzellen in allen Entwicklungsphasen.

Man findet reichlich wohlausgebildete multipolare, sternförmige, polygonale und ovale Zellformen, solche mit blassem, undifferenziertem Protoplasma und ohne deutliche Kernkörperchen, und in der Mehrzahl Neuroblasten. Das linke Ganglion ist durch lichte marklose Nervenfaserbündel in drei Kerne geschichtet, einen oberen, medialen und ventro-lateralen Kern. Es kann aus all dem kein Zweifel sein, daß beide grauen Körper die Sehhügel darstellen, die sich auch auf vorderen Schnitten noch eine Strecke verfolgen lassen. Auf diesem Schnitte erscheint der rechte größer als der linke, da letzterer schon nahe seinem hinteren Rande getroffen ist. Die Sehhügel sind in der Längsachse gegeneinander verschoben und ist der linke im ganzen mehr nach vorn verschoben und überragt den rechten auf vorderen Frontalschnitten um ein beträchtliches. Später soll auch gezeigt werden, daß beide sich auch in ihren Beziehungen zu den Hemisphären nicht gleich verhalten.

Der Bau der Bodenmembran des Zwischenhirns, sowie des daraus hervorgehenden Mittelhirnschlauches ist genau so, wie im intracephalen Anteile des letzteren. Die gefäßreiche Piahülle ist leicht abziehbar, die ventrikuläre Oberfläche gefaltet und mit papillösen Erhebungen versehen. Die früher erwähnten borsten- und fadenähnlichen Auswüchse bestehen auf dem Durchschnitte aus Gliagewebe, das durch Bindegewebszüge in Stränge und Inseln zerklüftet ist. Die Oberfläche der meist runden oder ovalen Querschnitte ist vielfach durch Bindegewebsfasern eingehüllt, manchmal ist aber dieselbe mit Ependymzellen belegt. Häufig liegt im Zentrum des Querschnittes ein größeres Gefäßbündel. Diese papillösen Auswüchse liegen am reichlichsten in den vorderen und mittleren Anteilen des Zwischenhirnes, finden sich aber auch zerstreut in den Hemisphärenventrikeln.

Am oberen seitlichen Rande des Zwischenhirnes hängen rechts und links die Großhirnhemisphären. Besonders die kleinere rechte Hemisphäre zeigt diesen Zusammenhang in ganz primitiver Weise, in dem sie wie eine einfache Ausstülpung mit schmalem Halse am Zwischenhirn festsitzt. Durch diesen kommuniziert der dritte Ventrikel mit dem Seitenventrikel und ist diese Kommunikationsstelle als die Anlage des Foramen monroi anzusehen. Man muß sich daran erinnern, daß wir die vordere Schlußplatte noch innerhalb des Schädels gefunden hatten. Die direkte Kommunikation des dritten Ventrikels mit den Seitenventrikeln ist auf allen Schnitten deutlich sichtbar, soweit beide medialen Hemisphärenwände

in das Dach des Zwischenhirns übergehen. Es besteht somit entsprechend der abnormen Ausdehnung des Medullarrohres überhaupt, eine ganz außergewöhnliche Vergrößerung der Foram. Monroi. Diese nehmen die ganze Länge der vorderen ²/₃ des extracephalen Gehirnanteils ein. In Übereinstimmung damit steht noch ein anderer Befund. Die Fissura choreoidea beginnt erst weit hinten, kurz vor dem Auseinanderweichen der beiden Hinterhauptslappen, und biegt nach ganz kurzem oberem Verlaufe bogenförmig nach unten und vorne um. Hier liegt sie nahe der Anheftung der unteren Hemisphärenwand am oberen Sehhügelrand. Diese untere Wand ist hier in ein dünnes Epithelblatt verschmälert, das durch eindringendes piales Gewebe gegen den Ventrikel vorgestülpt wird und auf diese Weise Plexus choreoid. lat. bildet. Diese Beziehung der Adergeflechtsfurche zum Foramen Monroi entspricht vollkommen der im normalen Gehirn. Auch in letzterem reicht sie über das Foramen Monroi nicht nach vorne. In unserem Falle ist sie in ihrem oberen Verlaufe so bedeutend verkürzt, weil eben die Foram. Monroi so weit nach hinten reichen. Aus der bisherigen Darstellung der topographischen Anordnung der Teile ergibt sich mit aller Bestimmtheit, daß die Verbindungsplatte der medialen Hemisphärenwände am Boden der Mantelspalte durch das Dach des Zwischenhirns gebildet wird, und nicht etwa durch einen dünnen atrophischen Balken wie bei oberflächlicher Untersuchung vermutet werden könnte. Zur Anlage eines Komissurensystems ist es in diesem Gehirn überhaupt nicht gekommen.

Auch andere sekundäre Umgestaltungen der Hemisphärenbläschen sind hier ausgeblieben. Im normalen Gehirn verdickt sich der Boden der Hemisphärenbläschen zum Corpus striatum und kommt es zu Verlötungen der medialen Hemisphärenfläche mit der äußeren Sehhügelfläche. In der rechten Hemisphäre sind hier die primitiven Verhältnisse vollkommen erhalten geblieben. Das Corpus striatum fehlt, ebenso ist es nicht zur Verklebung der medialen Hemisphärenwand mit dem Sehhügel und damit zur Bildung einer Lamina affixa gekommen. Die Hemisphäre hängt einzig und allein am Foramen Monroi mit dem Zwischenhirn zusammen und sind weitere Formveränderungen ausgeblieben. In der linken Hemisphäre, die im ganzen besser entwickelt ist, zeigen sich etwas vorgeschrittenere Verhältnisse. Geht man von unserem Ausgangsschnitte aus nach vorne, so sieht man, daß sich der zwischen Fiss. choreoid. und oberem Thalamisrand gelegene Teil der medialen Hemisphärenwand dem Sehhügel angelegt hat und mit dieser verwachsen ist (Lamina affixa). Es hat dadurch den Anschein, daß die ganze laterale Sehhügelfläche gegen den Seitenventrikel vorragt. Noch weiter nach vorne zu verwächst auch die gegenüberliegende laterale Ventrikelwand mit der Lamina affixa, so daß jetzt der Ventrikel in einen oberen und unteren Anteil getrennt ist. In Frontalschnitten, auf welchen der Sehhügel noch nicht angeschnitten ist (Fig. 11), zeigt sich die der späteren Verwachsung entsprechende laterale Ventrikelwand stark verbreitert und mit einem Höcker gegen den Ventrikel zu vorgewölbt. Erst gegen den Stiel zu verliert sich diese Verdickung allmählich. Links ist es also zu einer teilweisen Verklebung des Großhirns mit dem Zwischenhirn gekommen und ist es möglich, wenn auch nicht mit Sicherheit zu erweisen,

daß die Verdickung an der lateralen Wand des Seitenventrikel der Anlage des Corpus striatum entspricht. Histologisch besteht sie aus Körnern, Neuroblasten und wohlausgebildeten großen polygonalen Ganglienzellen innerhalb einer molekularen Grundsubstanz, die ohne bestimmte Ordnung und Einstellung in zerstreuten Gruppen gelagert sind.

Die **Hemisphärenventrikel** sind kolossal weit, der rechte besteht aus einer einheitlichen Höhle ohne Gliederung in Abteilungen. Links buchtet sich der basale Ventrikelanteil nach vorne zu in cystische Räume aus, die auf Schnitten nahe dem Stiele im basallateralen Schnitteile sichtbar sind und vom eigentlichen Seitenventrikel gänzlich durch eine breite Brücke Gehirnsubstanz getrennt sind.

Das **Ventrikelependym** ist sehr verdickt, und bildet eine breite Schicht, die sich infolge der Weichheit der Hirnsubstanz vielfach von der Unterlage abgelöst hat. In der gliösen Grundsubstanz heben sich scharf eingelagerte lichte Inseln mit Keimzellen ab, die sich gegen das umgebende Gewebe durch das locker feinmaschige Grundgewebe und den Mangel an Spinnenzellen besonders deutlich abgrenzen.

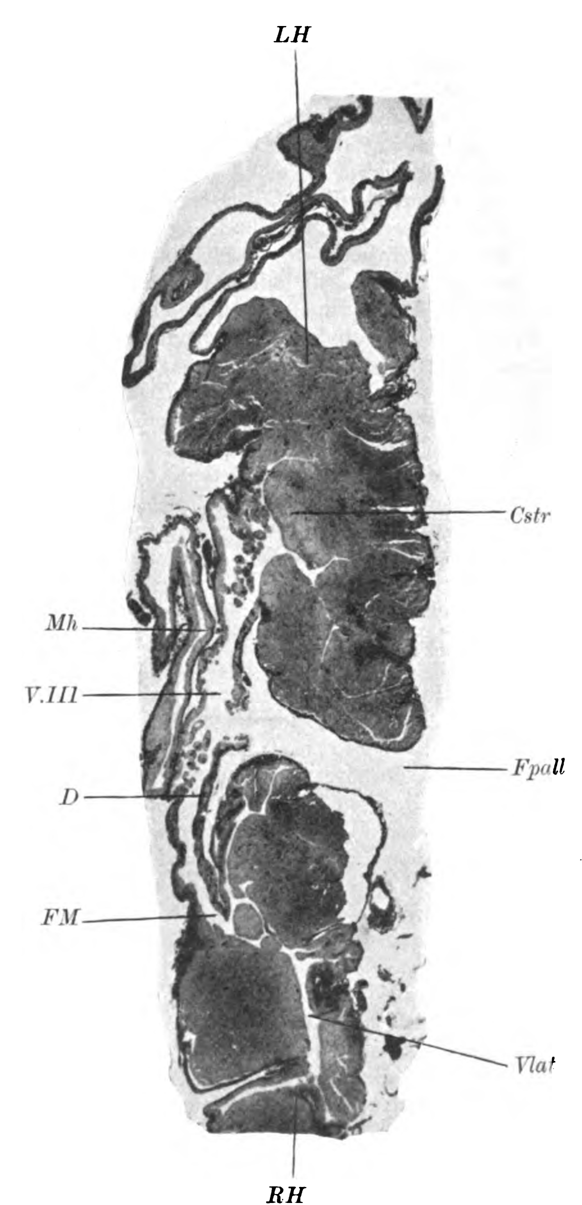


Fig. 11. Frontalschnitt durch das vord. Drittel des extraceph. Gehirnanteiles.

Die Hemisphärenwand zeigt ein sehr wechselndes Verhalten. Zu einem großen Teile, vorwiegend an der basalen und basal medialen Fläche besteht sie aus einer ca. 1 mm dicken Membran, die ganz so gebaut ist, wie die Wand des Mittelhirnschlauches. Dicker ist die Hemisphärenwand an der konvexen und oberen medialen Hemisphärenfläche und kann man an diesen Stellen deutlich Mark und Rinde unterscheiden. Immerhin ist aber auch hier die Wanddicke weit hinter dem Normalen zurückgeblieben. Als besonders auffälliger Befund muß hervorgehoben werden, daß sich auch an den dünngebliebenen Wandstellen eingesprengte umschriebene Einlagerungen von weißer Substanz und Rinde finden, die mit scharfer Grenze seitlich gegen die dünne Wandmembran abgesetzt sind (Fig. 10). Die Oberflächengliederung der Hemisphären stellt sich auf den Querschnitten sehr übersichtlich dar. Verhältnismäßig zahlreich sind die, die ganze Ventrikelwand einstülpenden Totalfurchen. Von den normalerweise vorkommenden F. sind deutlich nachzuweisen die Fissura calcarina, Fissura choreoidea und die Ammonsfurche (Fiss. hippocampi). Außerdem finden sich noch eine Anzahl atypischer Totalfurchen, die besonders die dünn gebliebene Hemisphärenwand mehr oder weniger tief gegen die Ventrikel vorstülpen.

An den dickeren Wandteilen, an denen es zur Bildung von Rinde und weißer Substanz gekommen ist, haben sich 2. sekundäre, nur auf die Oberfläche beschränkte Furchen gebildet; diese schneiden meist wenig tief ein, lassen zwischen sich Windungszüge, die vielfach mikrogyrischen Charakter tragen. Besonders deutlich ist dies an einzelnen Stellen, wo die oberflächliche Pia stark verdickt ist und sich mit der Rinde verwachsen zeigt. Auf kurze Strecken ist die dünne Wandung oft zu ganz verwachsenen Faltenkonvoluten zusammengeballt, die von der Pia ganz durchwachsen sind, wobei auch Streifen und Kugeln gliösen Gewebes oberflächlich zwischen der Pia versprengt liegen. Diese ganze Gehirnsubstanz ist, ebenso wie die der Sehhügel, von massenhaften frischen Blutaustritten durchsetzt.

In den hinteren Hemisphärenhälften sind Rinde und weiße Substanz in den dickeren Wandstellen deutlich voneinander abgrenzbar. In den vorderen Hälften ist die Differenzierung beider eine schlechtere. Die Rinde ist überall von auffällig wechselnder Dicke, bald breiter, bald schmäler, und ist an vielen Stellen auch die Anordnung ihrer Elemente eine ganz ungeordnete und sind die Schichten ganz unregelmäßig durcheinandergemischt.

Größtenteils ist aber ein deutlicher Schichtenbau der Rindenelemente ausgeprägt, der sich durchschnittlich folgendermaßen darstellt. Auf eine breite äußere molekulare Schicht folgt ein lichter Streifen, sodann ein schmaler dunkler Zellstreifen, der durch einen zweiten lichten von einem innersten dunklen Streifen getrennt ist. Die Rinde ist also aus fünf Schichten aufgebaut. Dunkle und helle Streifen unterscheiden sich nur durch die mehr oder weniger dicke Lagerung ihrer Zellen. Letztere sind in allen Schichten von gleicher Form und nicht voneinander differenziert. Es sind fast ausschließlich birnförmige oder bipolare Zellen (Neuroblasten), sowie Körner ohne bestimmte Einstellung. Nur in der tiefsten Schichte, am Übergange in die weiße Substanz sind größere, multipolare, fast reife

Ganglienzellen vorhanden, die auch zerstreut im Marke aufzufinden sind. In der Scheitelregion haben in dieser Übergangszone einige Ganglienzellen eine besondere Größe erreicht und ähneln auch in Form den Riesenpyramidenzellen. Die oben erwähnten, innerhalb der dünnen Hemisphärenwand eingesprengten Wandverdickungen lassen eine Trennung von grauer und weißer Substanz nicht erkennen; sie sind aus ungeordneten embryonalen Zellhaufen (Neuroblasten und indifferenten Zellen) ohne bestimmte Anordnung zusammengesetzt. Vereinzelt sind größere Ganglienzellen mit großem rundem Kern und Kernkörperchen zur Reife entwickelt. Eine Ausnahme hiervon macht nur beiderseits ein Rindenfragment an der unteren medialen Hemisphärenwand lateral von der Fissura choreoidea. Dasselbe zeigt den typischen Bau des Ammonshorns und besteht aus den aus einem Subicul. hervorgehenden Blättern, deren dorsales sich in die Fasc. dentat. umschlägt. In den beiden Blättern des Ammonshorns sind die Zellen zu einem Streifen dicht gedrängter großer Pyramidenzellen mit langen kräftigen Fortsätzen zusammengeordnet, die fast Reife erlangt haben. Die Fasc. dentat. besteht aus einer mehrfach gefalteten Körnerschichte (Strat. granulosum), in welchem sich vorwiegend kleine spindelförmige Zellen mit schmalem Protoplasmaleib vorfinden. Die Ammonshornformation beginnt mit der Fissura choreoidea am hinteren Rande des Foramen Monroi und geht an der unteren medialen Wand nach vorne zu in eine undifferenzierte Rindenpartie über.

Dieser Befund, daß sich innerhalb einer sonst undifferenzierten Hemisphärenwandpartie eine Rindenanlage mit so eigenartiger Architektonik für sich gebildet hat, verweist auf eine weitgehende Selbständigkeit im Wachstum der Teile der Gehirnoberfläche, die hier um so auffälliger ist, als auch die ganze noch innerhalb des Schädels gelegene Riechstrahlung, also die primären Endstätten des Rhinencephalon mit dem Ammonshorn in keinem, durch spezifisch nervöse Substanz vermitteltem Zusammenhange stehen.

(Schluß folgt.)

Das Hilfsschulwesen im Auslande.

Von

Rektor **Henze**, Hannover.

Der Einfluß der deutschen Hilfsschulbewegung[1]) hat sich im Laufe der Jahre weit über Deutschlands Grenzen hinaus erstreckt. In einer ganzen Reihe von Kulturländern wurde man bald auf sie aufmerksam. Deutsche Hilfsschulen und Tagungen ihrer Vertreter wurden vielfach von Vertretern der Unterrichtsbehörden anderer Länder, von ausländischen Lehrern und Ärzten zu Informationszwecken besucht. Die deutsche Hilfsschulliteratur wurde eifrig studiert und den Landsleuten zugänglich gemacht, und auch im Auslande entstanden Hilfsschuleinrichtungen in großer Zahl. In erster Linie sind hier zu erwähnen die Schweiz und England.

In der Schweiz war man durch den Mißerfolg und das klägliche Scheitern der Anstalt auf dem Abendberge offenbar sehr entmutigt worden. Erst etwa vom Jahre 1880 an wurden wieder Stimmen laut, die Veranstaltungen zum Besten der Idioten und Kretinen forderten. Von da an aber hat die Schweiz das Versäumte sehr rasch nachgeholt und steht jetzt in der Fürsorge für die Blöd- und Schwachsinnigen mit an allererster Stelle. In der Einrichtung von Kursen zur Aus- und Fortbildung von Personen, die dieser Arbeit sich widmen und in der Einführung einer alle Jahre stattfindenden staatlichen statistischen Erhebung bezüglich der Schwach- und Blödsinnigen ist sie sogar allen Staaten vorangegangen und hat in bezug auf letztere, trotzdem die Statistik in der ganzen Welt großes Aufsehen erregt und Wertschätzung gefunden hat, noch keine

[1]) Außer den in Nr. 1, S. 27 und 28 aufgeführten deutschen Städten mit Hilfsschulen sind mir in jüngster Zeit noch folgende bekannt geworden: Auerbach i. V., Bruchsal, Caternberg, Emmerich, Freiburg i. Br., Friedrichshagen bei Berlin, Freiburg, Göppingen, Gräfrath, Hamborn, Heidenheim, Heidelberg, Kalk bei Cöln, Kempten, Kolberg, Konstanz, Leipzig-Lindenau, Liegnitz, Minden, Mülheim-Styrum, Offenburg, Oppeln, Regensburg, Stargard und Wattenscheid.



Nachfolge gefunden. Die ersten Hilfsschuleinrichtungen wurden 1888 in Basel geschaffen. Einige Veranstaltungen zum Zwecke des Nachhilfeunterrichts für geistesschwache Kinder bestanden wohl schon früher, z. B. in Chur von 1881 ab. Die schweizerischen Hilfsschulen, die die Bezeichnung „Spezialklassen“ führen, sind infolge der geringen Einwohnerzahl der meisten Städte zum größten Teil einklassig geblieben. 1889 waren sie bereits Gegenstand der Verhandlungen der „ersten schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen“ und fanden dort allgemeine Zustimmung. Es wurden damals schon fünf Städte mit Hilfsschulen genannt. Im Jahre 1899 bestanden bereits in 18 Städten 48 Spezialklassen, am 1. März 1905 in 24 Orten 61 Klassen mit 1236 Kindern: in Kath.-Altstätten (1 Klasse, 17 Kinder), in Basel (9 Klassen, 177 Kinder), Bern (5 Klassen, 77 Kinder), Burgdorf (2 Klassen, 48 Kinder), Chur (1 Klasse 15 Kinder), Freiburg (1 Klasse, 27 Kinder), St. Gallen (4 Klassen, 77 Kinder), Genf (9 Klassen, 165 Kinder), Herisau (1 Klasse, 22 Kinder), Langnau (1 Klasse, 17 Kinder), Lausanne (1 Klasse, 15 Kinder), Luzern (2 Klassen, 62 Kinder), Olten (1 Klasse, 15 Kinder), Richterswil (1 Klasse, 31 Kinder), Rorschach (1 Klasse, 20 Kinder), Rüti (1 Klasse, 14 Kinder), Schaffhausen (1 Klasse, 24 Kinder), Solothurn (1 Klasse, 22 Kinder), Steffisburg (1 Klasse, 14 Kinder), Töß (1 Klasse, 18 Kinder), Wald (1 Klasse, 11 Kinder), Winterthur (2 Klassen, 38 Kinder), Zürich (12 Klassen, 295 Kinder).

Wesentliche Förderung hat in der Schweiz sowohl das Hilfsschulwesen wie die Idiotenfürsorge durch die „Schweizerische Konferenz für das Idiotenwesen“ erfahren, die unter dem Präsidium des Sekundarlehrers Auer in Schwanden (Kanton Glarus) im Juni 1906 zum fünften Male in St. Gallen tagte. Der erste der oben erwähnten „Schweizerischen Bildungskurse für Lehrkräfte an Spezialklassen und Anstalten für schwachsinnige Kinder“ fand bereits vom 24. April bis 1. Juli 1899 in Zürich statt, dauerte also 10 Wochen. Er wurde von Dr. Zollinger-Zürich 1897 in der „Schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft“ angeregt und dann von dieser mit Unterstützung von Stadt und Kanton Zürich ins Werk gesetzt. Für den theoretischen Teil des Kursus (Vorträge über Anatomie und Physiologie des gesunden und kranken Nervensystems usw.) wurden Lehrkräfte der Universität herangezogen. Die Seele des praktischen Teils war der um die Schwachsinnigenbildung in der Schweiz hochverdiente Lehrer Fisler in Zürich, der fast die gesamten Vorträge über Schwachsinnigenpädagogik hielt und die Kursisten durch Vorführung seiner Klasse in den verschiedenen Lehrgebieten und

durch praktische unterrichtliche Übungen zu begeistern wußte. Ein zweiter Kursus fand vom 24. April bis 18. Juni 1904 abermals in Zürich statt. Er hielt sich im großen und ganzen in demselben Rahmen wie der erste, nur wurden die Erfahrungen aus dem letzteren dahingehend verwertet, daß die rein wissenschaftlichen Vorträge noch mehr auf die Bedürfnisse der Kursisten zugeschnitten wurden und daß sich in den pädagogischen Vorträgen mehrere Personen teilten. Ferner wurde der praktischen Betätigung der Kursisten durch Probelektionen, Hospitieren, Besuch von Anstalten, Ausbildung in Sprachheilkunde, Handarbeit, Turnen und Zeichnen noch mehr Aufmerksamkeit als beim ersten Kursus gewidmet.

In England wurde die erste den deutschen Hilfsschulen entsprechende Schuleinrichtung für geistesschwache Kinder 1892 in Leicester ins Leben gerufen. Doch hatte sich auch die Londoner Schulbehörde bereits im Jahre vorher ebenfalls damit beschäftigt, und auch hier entstanden die ersten unterrichtlichen Veranstaltungen noch in demselben Jahre. Sie wurden sogleich einer besonderen Schulinspektorin Mrs. BURGWIN unterstellt, die auch jetzt noch an der Spitze des Londoner Hilfsschulwesens steht. Im Jahre 1904/5 bestanden 152 solcher Schulen mit 7400 Kindern in 31 der größten englischen Städte,[1]) in London allein 89 Schulen (dort centres genannt) mit 4423 Kindern. Jedoch genügten diese Schulen in London noch nicht zur Hälfte dem vorhandenen Bedürfnisse. Die Schulen, als „Schools for Special instruction“ oder „Special schools for defective children“ oder meist kurz „Special schools“ bezeichnet, sind durchweg dreiklassig, erst in neuester Zeit und nur ganz vereinzelt hat man auch etwas reicher gegliederte (fünfklassige) Schulorganismen geschaffen. Den Unterricht erteilten von Anfang an fast nur Lehrerinnen, die die Prüfung für die sog. „Infant schools“ (Kleinkinderschulen) abgelegt haben müssen. Ebenfalls erst in neuester Zeit sind auf Veranlassung des englischen Ministerialdezernenten für alle heilpädagogischen Veranstaltungen Dr. EICHHOLZ im Interesse der

[1]) Barry (I, 16), Birkenhead (I, 130), Birmingham (VII, 283), Bradford V, 131), Bolton (II, 71), Brighton (I, 40), Bristol (V, 319), Burnley (II, 130), Cardiff (II, 43), Darlington (I, 25), Derby (I, 40), Devonport (I, 40), Halifax (I, 24), Leeds (III, 120), Leicester (I, 57), Liverpool (IV, 503), London (LXXXIX, 4423), Manchester (III, 176), Newcastle (I, 41), Nottingham (III, 165), Oldham (II, 40), Oxford (I, 25), Plymouth (I, 96), Reading (I, 17), Salford (I, 24). Sheffield (III, 80), Walthamstown (I, 30), West-Ham (II, 120), West-Hartlepool (I, 38), Willesden (II, 96), Wolverhampton (I, 40). [Die römischen Ziffern geben die Zahl der Schulen, die arabischen die der Kinder an.]

Knabenhandarbeit und der Disziplin bei den größeren Knaben in London auch einige männliche Lehrkräfte in den „Special schools“ beschäftigt worden. Die „Infant schools“ entsprechen in vieler Beziehung unserem Kindergarten (diese Bezeichnung ist bei den Engländern ein viel gebrauchtes Fremdwort geworden). Zum Besuch derselben besteht gesetzlicher Zwang für die Kinder vom vierten bis siebenten Jahre und schon vom dritten Lebensjahre an ist der Besuch derselben zulässig. Von hier aus werden die als schwache (defective children) erkannten Kinder mit 7 Jahren einer Special school zugeführt; doch ist eine Überweisung an diese auch noch in höherem Alter aus der eigentlichen Volksschule heraus möglich. Die gesamte Hilfsschulbewegung in England hat sich gleich von vornherein ein weiteres Ziel gesteckt als bei uns, indem sie neben der Fürsorge für die Geistesschwachen auch noch die für die körperlich gebrechlichen und für die epileptischen Kinder in den Bereich ihrer Bestrebungen gezogen hat. Man unterscheidet daher in England als für die Special schools in Betracht kommend drei Abteilungen von Kindern: Die körperlich schwachen und gebrechlichen (physically defective children), die epileptischen (epileptic children) und die geistesschwachen (mentally defective children). Für jede will man besondere Schulen schaffen, für die erste Abteilung sog. cripple schools (Krüppelschulen), von denen 1904 17 vorhanden waren, mit weitgehenden sanitären und orthopädischen Maßnahmen und vielseitiger ärztlicher Hilfe zum Zweck der Linderung und Besserung des körperlichen Übels (besonders für diesen Zweck hergestellten Subsellien, Ruhebetten und -polster, Schulwagen, die die Kinder nach der Schule befördern und ins Elternhaus zurückbringen usw.). Den epileptischen Kindern sollen die special schools for epileptic children dienen und den Geisteschwachen die special schools for the feeble-minded children oder special schools im engeren Sinne. In manchen Orten sind eine Krüppelschule und eine Hilfsschule für Geistesschwache in einem Gebäude vereinigt, dann ist die Krüppelschule im Parterre, die Schule für die Geistesschwachen im ersten Stock untergebracht. Höher liegt kein Schulraum. Von vornherein hat man energische Maßnahmen zur Versorgung der geistesschwachen Kinder auch nach der Schulentlassung ins Auge gefaßt, die darauf abzielen, sie in den Jahren nach ihrem Eintritt ins öffentliche Leben zu stützen und auf rechtem Wege zu erhalten. Man betont auch in England ganz entschieden, daß die für diesen Zweck ebenso wie für die Hilfsschulen aufgewandten Mittel reichlich durch Ersparnisse im Armen- und Gefängniswesen aufgewogen werden.

Man will es dahin bringen, daß die größeren Knaben und Mädchen von seiten der Schule in dieser angegliederten Werkstätten in einem bestimmten Berufe bis zur Erwerbsfähigkeit ausgebildet werden. Zu dem Zwecke hat man u. a. für die größeren Knaben von 12 Jahren noch wieder die Errichtung einer besonderen Art von Hilfsschulen in Vorschlag gebracht, in der die Hälfte der gesamten Schulzeit der gewerblichen und beruflichen Ausbildung gewidmet sein soll; man hat ferner angeregt, zugunsten der beruflichen Ausbildung bei Kindern, die in mehrjähriger Tätigkeit im Rechnen. Schreiben und Lesen nur unwesentlich haben gefördert werden können, auf diese Fächer ganz zu verzichten. — Um einer weiteren Ausbreitung des Schwachsinns vorzubeugen, erstrebt man, von einflußreichen Personen und Vereinigungen unterstützt, gesetzliche Maßnahmen, die eine Eheschließung unter Schwachsinnigen verhindern sollen. — Eine weitgehende manuelle und praktische Ausbildung ist in den englischen Hilfsschulen bereits nicht nur durch sehr weitgehende Pflege der verschiedensten Zweige des Handfertigkeitsunterrichts bei Knaben und Mädchen von den untersten unterrichtlichen Stufen an, sondern vor allem auch dadurch ermöglicht worden, daß auf Grund eines besonderen Hilfsschulgesetzes vom 9. August 1899 die Hilfsschulzöglinge bis zum vollendeten 16. Lebensjahre dem Schulzwange unterliegen. Dies Gesetz, das bis jetzt einzig in seiner Art dasteht, umfaßt auch die körperlich schwachen und gebrechlichen sowie die epileptischen Kinder und ist erlassen als Ergänzung des englischen Volksschulgesetzes. Es legt die Bestimmung darüber, welche Kinder unter das Gesetz fallen, in das Ermessen der Schulbehörde; es werden von den Hilfsschulen ausgeschlossen einerseits die hochgradig schwachsinnigen Kinder und andererseits die, welche bloß schwerfällig und langsam im Lernen sind, und als dem Bereich des Gesetzes angehörig diejenigen Kinder bezeichnet, die infolge körperlicher oder geistiger Schwäche zwar am Volksschulunterricht nicht teilnehmen können, aber durch einen Unterricht, der ihrem Defekt Rechnung trägt, noch zu fördern sind. Des weiteren sind die Hauptbestimmungen des Gesetzes folgende: Eltern haben das Recht, eine fachmännische Prüfung ihres Kindes, das sie für schwach halten, seitens der Schulbehörden zu beanspruchen. Über jedes schwache Kind, das überhaupt untersucht ist, muß ein eingehendes Zeugnis ausgestellt werden. Eltern, die ihr schwaches Kind nicht zu der von der Schulbehörde angeordneten Prüfung schicken, können in Strafe genommen werden (bis 100 M.). Für die als schwach erkannten Kinder kommen dreierlei Veran-

staltungen in Betracht: Hilfsklassen, Hilfsschulen und „Heime“ für Kinder aus gänzlich ungenügenden häuslichen Verhältnissen, von denen aus diese Kinder die beiden erstgenannten Schuleinrichtungen besuchen können. Für Einrichtung und Unterhaltung von Veranstaltungen dieser Art garantiert das Gesetz staatliche Unterstützung. Kinder eines Verwaltungsbezirks können gegen Erstattung der Selbstkosten in den Veranstaltungen eines anderen Bezirks Aufnahme finden. Die Schulbehörden haben die Pflicht, von Zeit zu Zeit Prüfungen zu veranstalten zum Zweck der Feststellung, ob nicht Kinder vorhanden sind, die in die Normalschule zurückversetzt werden können. Die Eltern haben jederzeit das Recht, eine dahinzielende Prüfung ihres Kindes zu fordern, jedoch nicht öfters als einmal im Halbjahr. Neu einzurichtende „Heime“ für völlige Unterbringung von schwachen Kindern dürfen nicht mehr als je 15 Kinder beherbergen. Für Kinder, die, ohne geführt oder gefahren zu werden, nicht zur Schule kommen können, sind entsprechende Veranstaltungen zu treffen (Schulwagen). Jedoch befreit das Fehlen der letzteren in irgend einem Orte die Eltern nicht von der Verpflichtung, ihre Kinder zur Schule zu schicken. Die Eltern können zu den Kosten der Veranstaltungen für schwache Kinder in demselben Maße herangezogen werden, wie es bei der Versorgung blinder und taubstummer Kinder der Fall ist. Für arme Kinder muß die Armenverwaltung eintreten. Für die Zöglinge der Schulen für schwache und epileptische Kinder besteht der Schulzwang bis zum 16. Jahre. Die Schulbehörden haben über diese Schulen alljährlich dem Unterrichtsministerium zu berichten und dieses hat wiederum dem Parlament Bericht zu erstatten. Bemerkt werden muß noch. daß das Gesetz nicht ohne weiteres allgemein verbindlich, ein „obligatory act“, sondern ein „permissive act“ ist, das will sagen, seine Annahme ist dem Belieben der Kommunen überlassen. Aber nur die, welche es annehmen, erhalten nach Eingang eines Inspektionsberichtes der staatlichen Schulaufsichtsbehörde den gesetzlich für die in Frage stehenden Schulen garantierten Staatszuschuß. Ist das Gesetz einmal irgendwo angenommen, dann tritt es auch mit allen seinen Bestimmungen in Kraft.

An der Ausbreitung der Hilfsschulen in England haben sich auch außerhalb der Schule stehende einflußreiche Personen sehr eifrig beteiligt, u. a. die auf dem Gebiet des Schwachsinns auch literarisch hervorgetretenen Ärzte Dr. Shuttleworth-Richmond und Dr. Harrisson-Liverpool sowie Universitätsprofessor Dr. Lloyd-Liverpool. Ferner bestehen in England verschiedene zum Teil recht

vornehme Vereinigungen, die sich die völlige Unterbringung schwachsinniger Kinder aus mangelhaften häuslichen Verhältnissen in sog. homes, kleinen Anstalten, als Aufgabe gesetzt haben. Sie fühlen sich in ihrem Wirken sehr beengt durch die schon erwähnte gesetzliche Bestimmung, daß nicht über 15 Kinder in einem home untergebracht werden sollen. Unter ihnen ist in erster Linie zu nennen „the National Association for Promoting the Welfare of the Feeble-Minded", die ganz allein über 30 homes unterhält. In erster Linie wissenschaftlichen Zwecken der Kinderforschung und speziell auch der Erforschung des jugendlichen Schwachsinns will dienen die Vereinigung „Childhood Society for the Scientific Study of the Mental and Physical Conditions of Children". Sie erstrebt aber zugleich auch die Ausbildung von Lehrpersonen für die Arbeit an den Schwachen und überhaupt die Förderung aller auf dem Wege der Gesetzgebung, menschenfreundlicher Bestrebungen oder sonst irgendwie herbeizuführenden Maßnahmen zum Besten der Schwachen. Das Zustandekommen des englischen Hilfsschulgesetzes ist zum großen Teil dem Einfluß und der Mitwirkung dieser Vereinigungen zu verdanken.

Auch in England besteht ein Hilfsschulverband unter der Bezeichnung „National Special Schools Union". der im Herbst 1903 in Manchester gegründet wurde, im Herbst 1904 zusammen mit der „National Association" in London und im letzten Sommer in Bradford tagte. Die Zahl der Mitglieder dürfte gegenwärtig bereits 500 betragen. Das Studium der über die beiden ersten Versammlungen erschienenen Berichte (der Bericht über die dritte ist meines Wissens noch nicht erschienen) ist sehr interessant und empfehlenswert. Man ersieht daraus, wie trotz mancher abweichenden Ansichten im großen und ganzen man doch auch in England in den Grundzügen durch die aus dem Wesen der Sache sich ergebenden Anforderungen in dieselben Bahnen gedrängt worden ist wie in Deutschland.

In Schottland bestehen Hilfsschulen in Edinburg, Glasgow und Govan; in Irland sind noch keine vorhanden.

In Holland sind Hilfsschulen erst von der zweiten Hälfte der neunziger Jahre ab und auch nur in beschränkter Zahl gegründet worden. In Rotterdam wurde 1896 und 1898 je eine Klasse gegründet. Als Maximum der Frequenz ist 20 festgesetzt. Wegen der geringen Klassenzahl findet nur in dem Jahre eine Neuaufnahme statt, wo eine Klasse ihre bisherigen Zöglinge nach vollendeter Schulpflicht entläßt. Eine Vereinigung von Damen hat eine Art

Pflegersystem eingerichtet, während eine andere sich die Versorgung der armen Kinder mit Kleidung und Nahrung, ihre Unterbringung in Ferienkolonien usw. angelegen sein läßt. — In Amsterdam wurde durch eine 1894 gebildete „Vereinigung für sprachgebrechliche und geistesschwache Kinder“ im Jahre 1900 mit städtischer Subvention eine vierklassige Hilfsschule gegründet, 1901 noch eine zweiklassige in einem anderen Stadtteil, die im folgenden Jahre ebenfalls vierklassig wurde. Hier gilt 16 als Maximalfrequenz. Die Kinder dürfen bei der Aufnahme nicht unter 7 und nicht über 14 Jahre alt sein. In Amsterdam besteht auch seit 1903 eine Fortbildungsschule für die früheren Hilfsschulzöglinge. In Verbindung mit dieser übt die Hilfsschule eine gewisse Fürsorge für die Schulentlassenen aus und sucht überhaupt möglichst die Verbindung mit ihnen aufrecht zu erhalten. — In Dem Haag wurde erst 1902 und nur versuchsweise eine Hilfsklasse eingerichtet, der 1903 eine zweite und 1904 eine dritte und vierte folgte. Zurzeit sind 7 Klassen vorhanden, die aber in Kürze auf 14 gebracht werden sollen. Die Frequenz soll 16 nicht übersteigen. Die erethischen Zöglinge werden von den torpiden getrennt, und jede dieser beiden Schwachsinnsformen wird gesondert unterrichtet. Die Zeugnisse enthalten in Worte gefaßte Prädikate. An Fürsorgeeinrichtungen bestehen Schulbäder, Speisung armer Kinder, Unterbringung solcher in Ferienkolonien und ein Pflegersystem für die Schulentlassenen. Endlich gibt es in Holland noch mehrere Privatinstitute für schwachsinnige Kinder wohlhabender Eltern. Durch Gesetz vom Jahre 1903 ist in Holland die Hilfsschule aus dem Bereich der öffentlichen Volksschule ausgeschieden und mit den Anstalten für Viersinnige und Idioten zusammengestellt worden. Die Auswahl der Kinder erfolgt nach denselben Gesichtspunkten wie in Deutschland, auch das Aufnahmeverfahren ist im großen und ganzen dem in Deutschland üblichen gleich. Ferner sind wie durchweg in Deutschland beide Geschlechter in einer Klasse vereinigt, und auch in Holland findet Durchführung der Klassen und Austausch einzelner Schüler in einzelnen Fächern zwischen den verschiedenen Klassen statt. Es besteht auch hier ein gesonderter Artikulationsunterricht für die sprachgebrechlichen Kinder. Dem Handarbeitsunterricht wird bei beiden Geschlechtern eifrige Pflege zugewandt. Der Unterricht ist ebenso wie in unseren Hilfsschulen durchaus auf Anschauung gegründet, sucht möglichste Konzentration zwischen den verschiedenen Lehrfächern zu schaffen und nimmt möglichst weitgehend Bezug auf das praktische Leben. Alle holländischen Hilfsschulen stehen unter eigener Leitung. Die

Anzahl der Kinder, die der Hilfsschulunterweisung bedürftig sind, hat man auch dort ebenso wie in Deutschland, der Schweiz und England zu etwa $1^1/_2$ % aller die Schulen besuchenden Kinder ermittelt. Zur Herbeiführung einer weitergehenden Fürsorge für die Hilfsschulzöglinge wurde 1905 in Holland in erster Linie von Ärzten und Pädagogen ein „Verein zur Fürsorge für schwachsinnige und nervenkranke Schulkinder" gegründet.

In Belgien wurde die erste Hilfsschuleinrichtung, eine Hilfsschule für Knaben, 1897 in Brüssel gegründet, die zweite 1899 in Antwerpen. Weitere Ausgestaltung hat das Hilfsschulwesen nur in Brüssel erhalten. Die Geschlechter sind hier getrennt. Es bestehen dort jetzt 21 Klassen für Knaben mit insgesamt 540 Zöglingen und 13 für Mädchen mit insgesamt 239 Zöglingen. Die meisten Klassen sind einzelnen Volksschulen angegliedert, aber derartig, daß immer mehrere Klassen zusammen bleiben (bei Knaben und Mädchen zweimal fünf und einmal drei Klassen, so daß nur noch eine völlig selbständige Knabenhilfsschule mit elf Klassen bleibt). Die Klassenfrequenz geht in vielen Klassen wesentlich über 20 hinaus. Die Leitung der Klassen liegt in Händen von Pädagogen, jedoch besteht daneben noch ein medizinischer Beirat für alle Klassen, der aus einem Oberarzt, dem auch literarisch auf dem Gebiete des Hilfsschulwesens bekannt gewordenen Dr. DEMOOR, und drei weiteren Ärzten besteht. Beachtet werden muß, daß es sich in den Brüsseler Klassen eigentlich nur um die von DEMOOR „arriérés pédagogiques" bezeichneten Kinder handelt, die eigentlich nur durch äußere Umstände, schlechte Erziehung, mangelhaften Schulbesuch, Krankheit usw. zurückgeblieben sind, und nicht um „arriérés médicaux", mit geistigem Defekt Behaftete. Schulzwang existiert in Belgien noch nicht. Die 1899 in Antwerpen nur für Knaben gegründete fünfklassige Hilfsschule hat bis jetzt weitere Ausdehnung nicht erfahren. Als Schularzt wirkte bis vor kurzem an ihr der bekannte Dr. LAY. 1898 begann man auch in Molenbeck-Saint-Jean, einer Vorstadt von Brüssel, mit der Einrichtung von Hilfsklassen, von denen zurzeit dort vier ausschließlich für Knaben mit 164 Zöglingen vorhanden sind.

In einer anderen Vorstadt von Brüssel Cureghem besteht eine Knabenhilfsklasse mit 36 Zöglingen, die ebenso wie die vier eben erwähnten Klassen einer Volksschule angegliedert ist. In Gent wo man 1904 eine Klasse gründete, bestehen jetzt zwei gemischte Klassen.

Nicht unerwähnt bleiben darf die belgische „Société protectrice

de l'Enfance anormale", die aus Ärzten, Juristen und Pädagogen besteht. Sie arbeitet mit großer Energie und Rührigkeit an der Herbeiführung einer besseren Ausbildung der jugendlichen Schwachen und einer gebührenden Rücksichtnahme auf sie im gesamten öffentlichen Leben, wird aber in ihren Bestrebungen durch die traurigen Schulverhältnisse in Belgien sehr gehemmt. In Brüssel und Antwerpen vermittelt diese Vereinigung eine geeignete Unterbringung und Überwachung der Hilfsschulzöglinge nach der Schulentlassung. Um dauernd mit ihnen in Kontakt zu bleiben, veranstaltet sie allmonatlich eine Zusammenkunft derselben.

In Österreich wurde die erste Hilfsschule 1885 in Wien mit zwei Klassen gegründet, 1888 und 1889 kam je eine Klasse hinzu, gegenwärtig ist die Schule fünfklassig. Ferner sind innerhalb der letzten 5 Jahre eröffnet eine Hilfsschule in Linz, die jetzt zwei Klassen zählt, in Graz, wo jetzt zwei dreiklassige Schulen bestehen, eine für Knaben und eine für Mädchen, in Prag, wo zwei zweiklassige Schulen vorhanden sind und in Salzburg und Nachod mit je einer einklassigen Schule. Eine einheitliche Bezeichnung für diese Schulen besteht noch nicht. Während sie in den Provinzstädten meist wie in Deutschland „Hilfsschulen" genannt werden, führt die Wiener Schule die Bezeichnung „Unterrichtsabteilung für schwachsinnige schulpflichtige Kinder". Doch will man auch hier die Bezeichnung „Hilfsschule" annehmen. Eigentümlich für Österreich sind die in einer Anzahl von Orten und schon seit Anfang der siebziger Jahre bestehenden „Kurse für schwachsinnige Kinder". Solche bestehen in Wien-Neustadt, St. Pölten, Herzogenbusch, Treismauer, Boheimkirchen. Sie bezwecken in erster Linie bloße Nachhilfe mit dem Ziel der Rückversetzung. Mit der Hilfsschule in Wien ist eine Auskunftsstelle verbunden, die den Eltern beratend speziell bei Unterbringung der Kinder nach beendeter Schulpflicht zur Hand geht. In Ungarn bestehen zur Zeit noch keine Hilfsschuleinrichtungen, abgesehen von zwei Klassen für schwachbefähigte Kinder, die seit 1892 im Externat mit der bedeutenden „Königlich ungarischen Lehr- und Erziehungsanstalt für bildungsfähige Idioten und Imbezille" verbunden sind. Diese Anstalt hat für die Heilpädagogik eine gewisse Bedeutung insofern, als mit derselben ein Seminar zur Ausbildung von Lehrern für Schwachsinnige verbunden ist, wie es bislang sonst nirgends existiert. Der Kursus dauert 2 Jahre und faßt im ersten Jahre mehr die theoretische, im zweiten mehr die praktische Seite seiner Aufgabe ins Auge. Er führt in alle Gebiete des Unterrichts und der Erziehung Schwachsinniger ein und endet mit einer schrift-

lichen und mündlichen Prüfung. Daneben finden an der Anstalt noch vierwöchige Kurse für Seminarlehrer statt, um sie zu befähigen, die angehenden Lehrer über die Heilpädagogik zu orientieren, ferner sechswöchige für bereits im Amte stehende Volksschullehrer. In Österreich bestehen zwar derartige Veranstaltungen zum Zweck der Einführung der Lehrpersonen in das Gebiet der Heilpädagogik nicht. jedoch ordnet schon Artikel V in den Vorschriften über die Lehrbefähigungsprüfung für Volks- und Bürgerschulen vom 31. Juli 1886 an, daß Kandidaten, die das Lehrbefähigungszeugnis für Volksschulen oder für Bürgerschulen besitzen, sich behufs Erweiterung der Lehrbefähigung zum Unterrichte taubstummer, blinder, schwachsinniger oder verwahrloster Kinder speziellen Prüfungen aus einer oder mehrerer dieser Disziplinen unterziehen können. Die Lehrerbildungsanstalten erhielten schon am 26. Mai 1874 den Auftrag, im Lehrplan für Erziehungs- und Unterrichtslehre auch Zwecke, Mittel, Grundsätze und Methoden der Erziehung nicht vollsinniger Kinder zu berücksichtigen, welche Verordnung zusammen mit der obigen am 31. Juli 1886 unter spezieller Hervorhebung auch der schwachsinnigen Kinder erneuert wurde. Und bereits am 7. Juli 1881 wurde angeordnet, daß den Lehrern für die außerhalb der Schulstunden den Schwachsinnigen und Schwachbegabten geopferte Zeit und Mühe Remunerationen bewilligt werden sollten. Trotz dieser relativ frühen Anfänge hat die Versorgung der Schwachsinnigen, sowohl die erziehlich-unterrichtliche als auch die soziale, in Österreich bis in die neueste Zeit keine rechten Fortschritte gemacht. Voraussichtlich wird aber die am 23. Dezember 1902 in Wien vorgenommene Gründung des Vereins „Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptische“, der sich der Gunst hoher Persönlichkeiten erfreut, eine Wendung zum Besseren herbeiführen. Der Verein hat bis jetzt zweimal, 1904 und 1906 in Wien getagt und gleich in seiner ersten Versammlung eine Reihe von Forderungen bezüglich des Unterrichts und der Fürsorge für die Schwachsinnigen während der Schulzeit und nach derselben. speziell einer gesetzlichen Regelung beider, in durchaus beachtenswerter Form erhoben. Im Anschluß an die zweite Versammlung fand eine reichhaltige „Ausstellung von Lehr- und Beschäftigungsmitteln für Hilfsschulen und Anstalten schwachsinniger Kinder“ statt.

In den nordischen Reichen, wo die Idiotenfürsorge im allgemeinen gut entwickelt und ausgebaut ist, bestehen — vor allem wohl infolge des Fehlens größerer Städte — Hilfsschulen nur in geringer Zahl. 1872 gründete in Christiania der verdiente Direktor Lippestadt ein Unterrichtsinstitut für Schwachsinnige, das 1892 von der Stadt

übernommen wurde. 1901 waren schon 31 Klassen mit 410 Zöglingen vorhanden. Ferner wurden in Norwegen im Verlauf der neunziger Jahre „Sonderklassen“ eingerichtet in Bergen (1901 bestanden 14 Klassen mit 222 Kindern) und in Drontheim (1901 bestanden drei Klassen mit 30 Kindern). 1891 wurde der Unterricht abnormer Kinder jeder Art gesetzlich geregelt und den Schulkommissionen zur Pflicht gemacht, unter Zuziehung der Amtsärzte für geeigneten Unterricht solcher Kinder Sorge zu tragen. Die Kosten derselben wurden den Gemeinden auferlegt; für widerstrebende Eltern wurden Strafen vorgesehen.

In Dänemark glaubte man lange Zeit, bei der geringen Klassenfrequenz der Volksschulen (30 Kinder, wobei aber jeder Lehrer zwei Klassen, eine vormittags und eine nachmittags zu versorgen hat) Hilfsschulen und -klassen entbehren zu können. Erst im Jahre 1900 machte man in Kopenhagen mit drei Hilfsklassen den Anfang, denen 1901 drei weitere Klassen folgten, während gegenwärtig 13 Klassen mit je 15—20 Zöglingen vorhanden sind. Man erstrebt dort zurzeit, allen Gemeindeschulen Hilfsklassen anzugliedern; doch dürfte auch dort die weitere Entwicklung zu Hilfsschulen im eigentlichen Sinne führen. Außer in Kopenhagen bestehen in Dänemark meines Wissens Hilfsklassen nur in Frederiksberg.

In Schweden veranstaltete vor einigen Jahren Professor Hellström, nachdem er das deutsche Hilfsschulwesen an Ort und Stelle studiert hatte, in Stockholm eine statistische Erhebung, die ergab, daß dort unter den Kindern schulpflichtigen Alters 0,35 % Idioten und 1,88 % geistig Zurückgebliebene und für die Hilfsschule sich eignende seien. Erst im Januar 1905 wurden in Stockholm die ersten fünf Hilfsklassen eingerichtet, die sich auf ebensoviele Schulhäuser verteilten. Doch scheint man hier bald die Einrichtung von aufsteigenden Klassen ins Auge gefaßt zu haben, da seitdem in zwei Gebäuden der Einzelklasse bereits eine zweite Klasse hinzugefügt ist und in einem Schulgebäude die Errichtung einer dritten Klasse bevorsteht. Die Klassenfrequenz soll zwölf (in den Normalschulen 30, in den Oberklassen derselben 25) nicht überschreiten. Die Pflichtstundenzahl der Lehrpersonen (Lehrerinnen), die keinerlei Zulage erhalten, ist 24 (in den Normalschulen 30). Die Überweisung der Kinder an die Hilfsklassen erfolgt auf Vorschlag der Lehrpersonen der Normalschule auf Grund einer ärztlichen Untersuchung; jedoch haben die Lehrpersonen der Hilfsklassen dann noch das Recht, ein ihnen ungeeignet erscheinendes Kind zurückzuweisen. Die Dauer der Schulzeit ist noch nicht ge-

regelt. Für die Verabreichung von Milch und warmem Mittagessen an bedürftige Kinder ist Sorge getragen; die Lernmittel erhalten alle unentgeltlich.

In Rußland sind keinerlei an Hilfsschulen erinnernde Einrichtungen vorhanden. Auch in Italien sind solche bei dem niedrigen Stande des Volksschulwesens dort nicht zu erwarten und, da der Schulzwang nur bis zum zehnten Jahre reicht, auch fürs erste nicht zu erhoffen. Das einzige, was bislang hier geschehen ist, verdankt man den Bemühungen eines Nationalverbandes zum Schutze zurückgebliebener, schwachsinniger Kinder, der in einigen größeren Städten eine kleine Zahl von Kindern einige Stunden nebenamtlich von einer Lehrerin unterrichten läßt. In Rom soll der Psychiater SANCTE DE SANCTIS eine Tagesanstalt unterhalten, die jedoch mehr wissenschaftlichen und allgemein erziehlichen als unterrichtlichen Zwecken dient. Immerhin erwähnt H. RICHTER, daß im Seminar zu Rom die künftigen Lehrer mit der Behandlung Schwachsinniger vertraut gemacht würden.

In Frankreich, wo von bedeutenden Forschern so manche wichtige Anregung für die Behandlung der Idiotie gegeben und die Fürsorge für die Idioten zum Teil musterhaft gestaltet worden ist, sind bislang Hilfsschulen noch nicht gegründet worden trotz warmer Befürwortung von einflußreichen Stellen aus, z. B. von seiten des Generalschulinspektors JOST in Paris. Doch dürfte die Einführung auch hier in nicht sehr ferner Zeit zu erwarten sein.

Auch außerhalb Europas hat die Hilfsschule bereits in den Vereinigten Staaten und in Australien festen Fuß gefaßt. Hier besteht sie in den Städten Melbourne und Sidney. In Nordamerika wurden bis 1894 die schwachsinnigen Kinder kurzerhand mit den verwahrlosten zusammengeworfen und in den „disciplinary schools" untergebracht. 1903 aber bestanden bereits 20 staatliche Schulen für geistesschwache Kinder mit 277 Lehrkräften und 12 privaten Veranstaltungen mit 62 Lehrkräften und 1904 27 staatliche und 28 private Veranstaltungen.

Idiotie und Dementia praecox.

Von

Professor Dr. **W. Weygandt**, Würzburg.

Eins der schwierigsten Probleme in der Ätiologie der Geistesstörungen ist die ausgedehnte Latenzzeit in vielen Fällen endogener Psychosen. Wohl spielt als tempus minoris resistentiae neben der Involutionszeit und den Phasen des weiblichen Generationsgeschäftes die Pubertät eine ganz besonders wichtige Rolle, aber auch in den nächsten postpubischen Jahren treten noch häufig Erkrankungen auf, obwohl es sich hier um eine Zeit ruhigerer Entwicklung des schon im wesentlichen ausgebildeten Organismus handelt, verglichen mit den stürmischeren Wachstums- und Ausbildungszeiten der ersten 15 Lebensjahre. Zwischen der embryonalen Periode sowie den frühesten Lebensjahren, die die Grundlage der Idiotie legen, und der Pubertät als jenem Alter, in dem wir die ersten Fälle vor allem von Dementia praecox, insbesondere die Form der Hebephrenie auftreten zu sehen gewohnt sind, klafft eine beträchtliche Lücke, eine Zeit von etwa einem Dutzend Jahren, während deren wir nur selten den Ausbruch einer Geistesstörung beobachten können. Es ist begreiflich, daß es nicht an Bemühungen gefehlt hat, hier doch irgend welche Beziehungen festzustellen, welche das Kindesirresein des Idioten und das Jugendirresein des Hebephrenen vereinen könnten.

Wohl finden wir in der Anamnese der Hebephrenen oft genug die Angabe, daß der Betreffende sich in der Kindheit sehr gut entwickelt habe, womöglich die Gymnasialzeit als Primus durchlaufen und auf der Universität Auszeichnungen davongetragen habe. Aber daneben stehen Fälle, in denen schon während der Kindheit auffallende Züge bemerklich wurden, Bizarrerien, Verschrobenheiten,

Verstimmungen, hysterische Zeichen usw. Nicht ganz gering ist fernerhin die Gruppe, in denen schon ein gelinder Schwachsinn von Jugend auf bestand, Schwierigkeit beim Lernen in der Schule, mehrfaches Repetieren der Klasse, mitunter auch jenes gemütlich stumpfe Wesen, das wir in den Endzuständen der Dementia praecox als etwas Charakteristisches betrachten. Bei einem großen Material verhalten sich die Fälle, die als auffallend gut beanlagt bezeichnet werden, den etwas mangelhaft Veranlagten gegenüber wie 2 : 1. Kraepelin hatte schon vor Jahren derartige Fälle, bei denen zur Imbezillität ein jugendlicher Verblödungsprozeß hinzutritt, als „Pfropfhebephrenie" bezeichnet. Allerdings handelt es sich keineswegs immer nur um die Form der Hebephrenie, sondern der Verlauf und Endeffekt kann auch vollkommen einer Katatonie gleichen, ohne daß man aus dem Ausgangsbild auf den dem akuten Stadium vorausgehenden, angeborenen Schwächezustand zurückschließen könnte.

Eine Reihe von Fällen dieser Art sei hier zunächst angeführt.

a) Ein geistig gering beanlagtes Mädchen I. S., nur durch eine geisteskranke Cousine belastet, war von Jugend auf schwächlich, las immer viel in Gebetbüchern, lief sehr oft in die Kirche und wollte ins Kloster. Mit 17 Jahren etwa, als Zigarrenarbeiterin beschäftigt, äußerte sie einmal, sie habe ihre tote Mutter gesehen, die aus dem Fegefeuer kam, und auch die Muttergottes sei nachts dagewesen. Nach 7 Monaten wurde sie immer nachlässiger in den Arbeiten, lachte unmotiviert, weinte und äußerte Angst. Sie hörte Stimmen und sah Gestalten, meinte der Schwarze hole sie und sie müsse den Kaiser abholen. Sie aß nicht mehr viel, nahm aber anderen das Essen weg. In der Anstalt war sie besonnen, geordnet, orientiert, ohne Krankheitsgefühl; die Schulkenntnisse waren recht gering. Der Gesichtsausdruck war ängstlich, doch gab sie keine Äußerungen eines tieferen Affektes, verhielt sich vielmehr gleichgültig und stumpf euphorisch. Sie sprach wenig, manchmal sagte sie Bibelsprüche her; wenn sie angetrieben wurde, arbeitete sie ein wenig. Gewöhnlich zupfte sie an den Fingern herum, hüpfte im Garten umher und äußerte einmal, sie sei die Muttergottes und habe es auch verdient. Dabei war Katalepsie, Echolalie und Echopraxie angedeutet. Es bestand somit ein typisches Bild der Hebephrenie.

b) Die Patientin M. C. B. stammt von einem zeitweise geisteskranken Vater ab. Sie war von Kindheit auf mangelhaft beanlagt. Mit 18 Jahren wurde sie gewalttätig, glaubte verhext zu sein und von der Schwester und dem Pfarrer verfolgt zu werden. Zum Schutze zog sie viele Kleider übereinander an und schmückte den Körper mit Tüchern. In der Anstalt war sie besonnen, geordnet, doch in örtlicher und zeitlicher Hinsicht nicht orientiert; sie hielt sich nicht für krank. Sie rechnete schlecht und zeigte geringe Kenntnisse. Ihr Benehmen war affektlos, läppisch, vielfach lachte und grimassierte sie, dann wieder äußerte sie hypochondrische und Verfolgungsideen. Oft drängte sie fort, stand in den Ecken herum,

saß lange am Fenster, den Finger in den Mund steckend. Anfänglich strickte sie fleißig; dann wurde sie immer stumpfer und negativistischer, sie arbeitete nichts mehr, das Essen mußte ihr eine Zeitlang eingelöffelt werden. Sehr maniriert, gab sie statt der Hand immer nur den einen Finger. Sie war regungslos und lachte nur blödsinnig vor sich hin.

c) Eine Patientin M. S. lernte als Schulmädchen schwer, besonders schlecht ging es mit dem Rechnen. Sie vertrug sich nicht mit ihren Altersgenossen und blieb am liebsten für sich allein. Mit 13 Jahren hatte sie Typhus. Mit 22 Jahren fiel sie auf: sie behauptete, sie habe Stecknadeln verschluckt, in ihrem Magen sitze ein Frosch; sie hörte zu arbeiten auf und saß gleichgültig herum. Dann wieder vernahm sie Stimmen, „wie man in Mörder- oder Indianergeschichten liest". Der Schlaf wurde mangelhaft. Sie äußerte absurde wahnhafte Ideen; der Vater wolle sie totmachen. Es kam zu verkehrten Handlungen, sie zog sich nackt aus, schlug Purzelbäume, schrie in der Nacht ängstlich und sprang hinaus in den Schnee. In der Anstalt war sie besonnen, geordnet, aber zeitlich unklar. Sie verhielt sich ablehnend, wurde unwirsch, hörte Stimmen, äußerte Angst, lachte dazu, sprach beziehungslose Worte und gab zerfahrene Antworten. Zeitweise war sie gereizter und erregter Stimmung, weinte auch, schrie unartikuliert, war grob. Zum Arbeiten konnte man sie nicht veranlassen, sie benahm sich affektiert, gab nicht die Hand. Auch sexuelle Verfolgungsideen äußerte sie. Die Sehnenreflexe waren gesteigert, ferner bestand Prolapsus recti. Auch als sie nach Hause entlassen war, benahm sie sich widerstrebend, unruhig und schimpfte viel; sie könne keine Mannsbilder berühren. Als ich sie nach einigen Jahren in der Pflegeanstalt aufsuchte, bot sie noch dasselbe Bild eines reizbaren, abweisenden und manirierten Verhaltens. Hier war dem typischen Endzustande der Dementia praecox ein Stadium lebhafter Sinnestäuschungen und auch Wahnbildungen neben katatonischen Symptomen vorausgegangen.

d) Der Patient J. M. stammte von gesunden Eltern, doch waren Mutter und Schwester des Vaters geisteskrank. In der Schule blieb er erheblich zurück; in der Fabrik wurde er viel geneckt. Mit 17 Jahren erkrankte er an einer schweren Bauchfellentzündung. Mit 19 Jahren war er einige Nächte sehr unruhig, schlief nicht, hörte Stimmen: „der muß mit", drängte fort, wollte sich erhängen. Er betete einförmig und äußerte, er werde verspottet und von Hexen verfolgt.

In der Anstalt verhielt er sich anfangs still und ruhig. Körperlich fiel der kleine schwächliche Wuchs, die niedere Stirne und die Steigerung der Patellarreflexe auf. Patient kroch sodann unter den Tisch, drängte fort, klagte über Ahnungen, Anfechtungen, schlimme Gedanken und Sinnestäuschungen, fing an, viel zu beten und die Nahrung zu verweigern. Es entwickelte sich ein ganz typischer und höchst intensiver katatonischer Erregungszustand unter Widerstreben, aus dem Bette springen, Hinausdrängen und um sich Schlagen. Gefragt, wie heißen Sie? antwortete er stürmisch (nach meinem Stenogramm): „Ich heiße, das brauchen Sie gar nicht zu wissen, das da da da da, wenn Sie hineinschreiben, der liebe Gott sieht alles, wenn Sie hineinschreiben, Gott sieht alles, wer hat mich, Gott entschleich' ich, entschleich' ich, Engel Gottes. Gottes, Gottes, Gottes, Gott ist ihr Fleisch, wer hat denn Jesus verachtet, wer hat denn Jesus verachtet

(7 mal wiederholt). Jesus, wer hat denn Jesus verachtet, wer hat denn Jesus verachtet, und Ihr sollt fortgehen, sag' ich, Ihr sollt fortgehen, ich tue Gottes Pflicht, ich bin arm, ich bin arm, Ihr sollt fortgehen, ja, hinein; da da da; ich will in das Gottesbad, hm, hm. Da sagt Ihr, da, da, da, Ihr sollt fort von mir, sagt der Kaiser, sagt der liebe Gott (3 mal wiederholt), Euch gehört der Kaiser (3 mal), Euch gehört das Geld und mir das Himmelreich, zu essen habe ich und ich habe Hunger gelitten, Hunger gelitten, geh, geh, geh, ich sage immer, geh fort. Gott weiß es, Gott weiß es (8 mal). Wer hat denn geschlagen, wer hat mir Gift gegeben und gegen Engel Gottes geschossen, das haben die bösen Doktoren getan, dedede, ein einen Mann, das Ihr seid, ein Mann des Teufels (3 mal), ein Mann, ein Mann des Teufels, Ihr seid ein Mann des Teufels, geht, jetzt, jetzt, jetzt, deshalb man muß, man muß (noch 7 mal), jetzt braucht Ihr nicht zu sprechen (2 mal), wer hat mit mir ebbes, mit mir ebbes, wo, wer denn mit Dir ebbes, wer hat denn mit Dir ebbes, er geht ins ewige Feuer; Ihr habt die Welt geliebt (8 mal), die Schlange ist Euer Gift, die Schlange fresse Euch, daß daß daß Ihr geht, dann bleibt Gott, die Schlange fresse Euch, die Schlange fresse Euch" (4 mal wiederholt) etc. Er verlangt Milch von Engeln, wünscht ins Bad zu kommen, rutscht auf dem Boden herum, marschiert im Paradeschritt umher, grimmassiert, streckt die Arme aus und ruft lachend: „Heilig ist Gott überall, sie verachten Euch, das deutsche Reich". Tags darauf liegt er stumm mit gefalteten Händen da. Sodann springt er wieder auf in wilder Angst vor einer Schlange, die er offenbar halluziniert, er schreit nach Wasser und läuft 1—2 Stunden mit dem Glas Wasser in der weit vorgestreckten Hand umher, ohne zu trinken, wobei er verbigeriert: „Wasser, Wasser, gutes Wasser, gutes Wasser, guter Wasser, guter Wasser, ... die Schlange ist da, sie kommt und packt Euch." Als er einmal ins Verbandzimmer zur Behandlung einiger Furunkeln gebracht wurde, entwischte er durchs Fenster und lief schnell durchs Gebüsch, so daß er nur mit Mühe eingeholt werden konnte. Dann wieder läßt er den Kopf aus dem Bette hängen, speichelt ungemein viel, beißt sich in den Arm. Lange liegt er stuporös und cyanotisch da unter Nahrungsverweigerung, die Hände so fest gefaltet, daß Decubitus zwischen den Fingern eintritt. Allmählich trat Beruhigung ein. Er wird still, teilnahmslos, grimassiert viel, lacht wiehernd. Nach einigen Monaten konnte er versuchsweise entlassen werden. Zu Hause arbeitete er „nur zu fleißig", doch merkte man, daß er nicht mehr so recht war wie früher. Er las viele religiöse Sachen und lernte große Bibelstücke auswendig. $2^1/_2$ Jahre darauf wollte er nach Amerika, war erregt, schlief und aß nichts mehr, nahm manirierte Stellungen ein, wurde gewalttätig, redete verwirrt, warf hundertmal ein Brötchen auf den Tisch usw., worauf er wieder zur Anstalt gebracht wurde. Hier war er besonnen, zeigte motorische Unruhe und einförmige Bewegungen. Es bestand Katalepsie und Befehlsautomatie. Der Schlaf war schlecht. Patient speichelte, war unrein, wurstelte mit den Fingern im Bette herum, malte unsinnige Zeichen auf das Papier. Langsam trat Beruhigung ein, worauf er wieder im Garten beschäftigt werden konnte. Es blieb dauernde Stumpfheit bei leidlicher Auffassung und Gedächtnis.

Hier hatte sich auf leicht imbeziller Grundlage eine Katatonie mit allen Zügen eines Schulfalles und nachfolgender Verblödung höheren Grades entwickelt.

e) Ein imbezilles Mädchen K. H. von hydrocephalem Schädelbau wurde mit 21 Jahren stark erregt, schimpfte lebhaft, doch beruhigte sie sich wieder. 2 Jahre darauf lief sie aus ihrer Stelle fort, schimpfte, schlief schlecht, aß nicht mehr, war abweisend, sprach auffallend rasch und behauptete, sie sei nicht krank. Sie war mit 27 Jahren in der Anstalt im ganzen besonnen, geordnet, doch eigensinnig und störrisch wie ein kleines Kind, arbeitete nur wenig, ohne Ausdauer und Verständnis, vielfach querulierte sie in alberner Weise. Meist stand sie mit dem Strickstrumpf in den Ecken herum, war gelegentlich etwas unruhig und schlug hie und da eine Fensterscheibe ein. Ihre Lieblingsstellung war ein leichtes Vorwärtsneigen des Kopfes mit Zerren der linken Hand am Ohrläppchen, das dadurch mehrere Zentimeter lang gezogen wurde. Dabei verbigerierte sie lebhaft, besonders konnte sie stundenlang die Worte rhythmisch wiederholen: „i' will meine Kleider haben, i' will meine Kleider haben", oder das nur ganz undeutlich klingende, scharf auf der zweiten Silbe betonte Wort „haamgä, haamgä" (= heimgehen). Ab und zu schrieb sie einen Brief schwachsinnigen Inhalts. Als ich sie 4 Jahre später in der Pflegeanstalt sah, erkannte sie mich sofort, nannte meinen Namen und meinte ungefähr zutreffend, sie hätte mich seit 5 Jahren nicht mehr gesehen. Sie sprach im ganzen wenig, lag viel schlafsüchtig im Bette, wollte nicht aufstehen. Bei energischem Zureden widerstrebte sie, eher war sie mit Freundlichkeit zu behandeln. Jahr und Monat nannte sie richtig.

Hier hat es sich um eine offenbar durch die Hydrocephalie bedingte Imbezillität gehandelt, worauf sich im 3. Jahrzehnt eine Psychose vom Habitus einer leichten Katatonie mit typischen Endzuständen entwickelte.

f) Eine Patientin K. K. hatte in der Schule schlecht gelernt. Sie heiratete mit 20 Jahren, hatte mehrere Geburten und erkrankte mit 25 Jahren. Sie wurde ängstlich, glaubte Licht zu sehen, redete verwirrt vom Teufel usw., zeigte Aufregung und verkehrte Handlungen, wollte sich plötzlich ausziehen. Sie fiel schon durch ihre wenig entwickelte, schwächliche Figur und den maskenartigen Gesichtsausdruck auf. Die Patellarreflexe waren lebhaft, die Pupillen etwas different. Ihre Auffassung war noch ziemlich gut. Sie sprach fast gar nicht. Es bestand Negativismus. Katalepsie und Echopraxie. Sie entkleidete sich, zählte rasch vor sich hin und verbigerierte, verweigerte lange Zeit die Nahrung, entwendete aber fremdes Essen. Darauf wurde sie stuporös, lag mutazistisch im Bette, lachte vor sich hin und verließ das Bett unter Fortdrängen. Zeitweise aß sie wieder außerordentlich viel. Manchmal schimpfte sie, sang gellend, duzte die Ärzte, warf Bettzeug fort, wurde gewalttätig, speichelte. Die nächsten Jahre zeigte sich im wesentlichen der gleiche Zustand.

meist ablehnendes Verhalten, sonderbare Stellungen, zeitweise Erregung, gewöhnlich Unreinlichkeit. Die Sprache war verworren und affektiert. Auch nach 4 Jahren in der Pflegeanstalt bot sie dasselbe Bild, sprach nicht, lachte stereotyp, gab die Hände ganz maniriert, wie mit einer choreatischen Bewegung, und war öfter unrein.

Wir sehen in diesen Fällen, wie die geistige Veranlagung von Kindheit auf mangelhaft sein kann und sich später eine typische Dementia praecox entwickelt, und zwar kann sowohl die Form der Hebephrenie wie auch die der Katatonie vorkommen. Nur in dem Falle M. S. bestand in der Kindheit neben der schwachen Intelligenz auch ein unverträglicher Zug und ein Hang zur Einsamkeit, was dem Verhalten der Kranken mit Dementia praecox spezieller entspricht. Der Ausbruch der akuten Phase schließt sich aber bei allen erwähnten Fällen keineswegs an die Kindheit an, sondern die Pubertät verläuft ganz ruhig, worauf postpubisch und zum Teil erst im 3. Jahrzehnt die Dementia praecox an den Tag tritt. Wir haben zunächst noch keinen Anlaß, vielleicht von dem vereinzelten Fall M. S. abgesehen, mehr als eine Verstärkung der Prädisposition durch die Imbezillität anzunehmen und etwa an eine Wesensgleichheit des kindlichen Intelligenzdefektes und der späteren Psychose zu denken, am wenigstens natürlich bei dem Falle (K. H.) mit hydrocephalem Schädelbau, sowie dem kleinschädeligen Fall d (J. M.).

g) In einem Falle J. S. verhielt sich die Entwicklung allerdings anders: Während der ersten Schuljahre lernte der Knabe gut, erst in den späteren konnte er nichts mehr begreifen. Aber auch hier war, abgesehen von dieser Intelligenzschwäche, zunächst jahrelang nichts zu bemerken. Erst mit 27 und 33 Jahren fiel auf, daß er ohne hinreichenden Grund nach Amerika fuhr, „aus Zwang“ oder infolge der „nächsten Gewalt“, wie er sagte. Er wollte ein Mädchen heiraten, mit dem er erst einmal gesprochen hatte. Mit 36 Jahren erst wurde sein Verhalten derart, daß er in die Anstalt gebracht werden mußte. Er war besonnen und orientiert, äußerte aber lebhafte Sinnestäuschungen und recht absurde wahnhafte Ideen, alles in einer verschrobenen Weise ausdrückend. Sein Verhalten war teilnahmlos, schwerfällig, unter unmotiviertem Lachen, Negativismus, Echolalie und geringer Katalepsie; etwas Krankheitsgefühl war vorhanden. Er meinte, eine Gewalt treibe ihn, sie sammle sich an und gehe durch den Menschen durch unter einem klingenden Ton; die Natur spreche zu ihm; das Geld habe die Festigkeit nicht mehr, seitdem der alte Kaiser tot sei und andere Köpfe auf den Münzen wären; die Kranken beeinflussen und belästigen ihn durch den bösen Blick; er spüre „Treiberei“, die Gesinnungen laufen alle zu ihm hin. Von der Arbeit lief er weg zur Polizei, um sich zu beklagen, daß ihm Schmerzen gemacht würden. Gelegentlich neigt er zu Gewalttätigkeiten. Je nach der Umgebung wechseln die Feinde; stabile Wahnideen zeigen sich nicht.

Es handelt sich hier um das Bild der paranoischen Demenz, nachdem Patient schon von den letzten Schuljahren an nicht mehr intellektuell vollwertig war, lebhaftere Zeichen geistiger Störung aber erst gegen Ende des 3. Lebensjahrzehntes aufgetreten waren. Der kindliche Schwachsinn war demnach nicht angeboren oder in frühester Jugend erworben, somit keine Imbezillität im strengsten Sinne, aber eine kontinuierliche Weiterentwicklung der ersten, noch in den Schuljahren auftretenden Symptome bis zu den späteren intensiven Störungen war auch nicht zu konstatieren.

Es kommen also zweifellos die verschiedenen Erscheinungsweisen der Dementia praecox, vor allem ihre drei Hauptformen, Hebephrenie, Katatonie und paranoische Demenz, bei Individuen vor, die von Jugend auf schon minderwertig waren, sei es durch Intelligenzschwäche, so daß man sie für imbezill halten mußte, ohne irgendwie an Eigentümlichkeiten der Dementia praecox erinnert zu werden, sei es mit manchen Absonderlichkeiten ausgestattet, die an die Manieren der Dementia praecox denken ließen, während der Intellekt sich ziemlich normal entwickelte.

Abgesehen von diesen Formen, bei denen die meisten Gruppe lediglich zur Annahme berechtigten, daß es sich um eine Dementia praecox auf der Basis einer angeborenen Minderwertigkeit, einer Imbezillität, handelt, während bei einer zweiten Gruppe wohl schon Frühsymptome der Dementia praecox in der Kindheit angenommen werden können, ohne daß eine Imbezillität vorlag, treffen wir in Kraepelin's Lehre noch zweimal auf den Versuch, Beziehungen zwischen Dementia praecox und Idiotie festzustellen.

In seiner „Einführung in die psychiatrische Klinik", 2. Auflage, S. 355, beschreibt er einen 12 jährigen Knaben von kleiner Figur und asymmetrischem, ungewöhnlich kleinem Schädel mit angewachsenem Ohrläppchen. Der Patient war erblich schwer belastet, hatte von der 4. Lebenswoche ab sehr oft Krämpfe und lernte spät sprechen. In der Schule kam er nicht vorwärts. Seit dem 10. Jahre lief er vielfach planlos draußen umher, auch nachts; allen Erziehungsversuchen widerstrebte er, beim Essen war er unmanierlich. Er war gut orientiert, konnte einiges rechnen, hatte wenig Kenntnisse. Sehr leicht geriet er in Wut, Zuneigung kannte er kaum, meist aber war er heiter. Während er in guten und geordneten Verhältnissen sich äußerlich korrekt hielt und Auffassung und Gedächtnis keine bemerkenswerte Störung zeigten, entsprach die Verarbeitung der Erfahrungen und das Urteil den Leistungen eines 5—6 jährigen Kindes. Am auffallendsten war aber die gemütliche Indolenz.

Kraepelin betont, daß die besondere Art der Verblödung und „vielleicht an unsere Erfahrungen bei der Dementia praecox“ erinnern werde, wenn auch die Manieren fehlen. „Immerhin wäre es denkbar, daß eine gewisse Verwandtschaft zwischen derartigen Formen der Idiotie und der Dementia praecox bestände. Gibt es doch eine nicht kleine Gruppe von Fällen, in denen sich auf der Grundlage eines von Kindheit bestehenden Schwachsinns späterhin deutlich katatonische Störungen entwickeln.“

In der Tat ist die Parallele dieses Falles mit der Dementia praecox auffallend. Ob man eine „Verwandtschaft“ annimmt, das wird davon abhängen, wie man diesen Begriff definiert. Unsere Kenntnisse vom Wesen der Dementia praecox sind noch wenig entwickelt, am ehesten läßt sich noch an eine Art Stoffwechselanomalie auf Grund einer Prädisposition denken. Damit wäre in diesem Falle aber nicht wohl ätiologisch zu vereinen, daß in frühester Jugend heftige zerebrale Reizerscheinungen aufgetreten sind und daß auch das Hirn, wie der „ungewöhnlich kleine Schädel“ erkennen läßt, in seiner Weiterentwicklung bemerkenswert zurückblieb. Näher liegt darum wohl die Annahme, daß ein organisches Hirnleiden in frühester Jugend durch Prädisposition die spätere Entwicklung von Störungen im Sinne einer Hebephrenie begünstigt hat.

Nicht ganz im Einklang mit dem in der „Einführung in die psychiatrische Klinik“ geschilderten, soeben zitierten Falle und den daran geknüpften Erörterungen stehen die Ausführungen in Kraepelin's „Psychiatrie“ 7. Aufl., II. Bd., S. 877. Hier spricht Kraepelin von besonderen Formen der Idiotie, die er als Frühformen der Dementia praecox aufzufassen geneigt sei. „Wir beobachten,“ heißt es daselbst, „bei ihnen unzugängliches, störrisches Wesen, Haltungsstereotypien, Manieren und Schrullen. Einer meiner Kranken hatte die Gewohnheit angenommen, immer wieder mit der Gabel auf den Teller zu stoßen, seinen Hut zu schwenken, den Bissen beim Essen stets von neuem einzutauchen, an seinem Brötchen herumzuschaben, alles 20—30 mal. Häufig sind ferner einförmige, jahraus jahrein rhythmisch sich wiederholende Triebbewegungen, Händeklatschen, Blasen und Schnauben, Hin- und Herwiegen des Kopfes im Sitzen und Stehen, Hüpfen, drehende, fingernde Bewegungen.“ Auf Tafel XI ist dort als Figur ein Kranker dargestellt mit der Bezeichnung „katatonische Idiotie“, der, 23 Jahre alt, von Jugend auf blöd, stumpf, unzugänglich und stumm, aber nahezu reinlich war und mit seinen Händen fortwährend gespreizte, sinnlose Bewegungen ausführte. Weiterhin heißt es: „Manche Kranke schlagen sich mehrmals taktmäßig ins

Gesicht und weinen dabei vor Schmerz, um kurz darauf das gleiche Spiel zu wiederholen, wenn man sie nicht derb daran verhindert. Die Übereinstimmung dieser Krankheitsbilder mit katatonischen Endzuständen ist oft ungemein schlagend. Allerdings wird einen sicheren Beweis für die Wesensgleichheit beider Zustände erst eine fortgeschrittene pathologische Anatomie erbringen können."

Dieser Hinweis auf die pathologische Anatomie ist einstweilen noch ein Wechsel auf lange Sicht. Wenn wir daher die ganze Frage nicht auf unbestimmte Zeit vertagen wollen, muß es erlaubt sein, ihr mit den Mitteln der klinischen Psychiatrie näher zu treten. Auch bei vielen anderen Fragen aus dem Bereiche der Psychiatrie und in Sonderheit der Lehre von der Idiotie finden wir ja diesen Weg als den bisher einzig gangbaren. Gerade in der besprochenen Frage aber ist eine Bearbeitung um so erwünschter, als es schon vom systematischen Standpunkte aus schwer empfunden wird, wenn der enorme Bereich der Dementia praecox nunmehr noch eine weitere Ausdehnung erhalten solle; spricht doch Kraepelin selbst gelegentlich von dem „übergroßen Gebiete" der Dementia praecox.[1])

Wie wir sehen, sind es bei Kraepelin zwei verschiedene Gesichtspunkte, die zur Annahme der Verwandtschaft führten, einmal die eigenartige, an Endzustände der Dementia praecox erinnernde Verblödung auf apperzeptiv-affektivem Gebiete gegenüber dem erhaltenen Intellekt bei dem Kranken der „Einführung in die psychiatrische Klinik", dann aber in dem „Lehrbuche" die motorischen Eigentümlichkeiten vieler Idioten.

Ersterem Falle ließen sich Zweifel gegenübersetzen, ob es sich um eine echte Dementia praecox handelte, da ja augenscheinlich angesichts der Kinderkrämpfe und Schädelkleinheit schwere organische Prozesse in dem Hirn vorhanden gewesen waren.

Anders steht es mit der zweiten Gruppe, die ja als häufig auftretend bezeichnet wird. Hier wird von den auffallenden motorischen Symptomen auf das Wesen der Krankheit geschlossen. Vorsicht ist um so mehr angebracht, als solche motorische Symptome ja auch bei später ausbrechenden Geisteskrankheiten keineswegs pathognomonisch für Dementia praecox genannt werden dürfen, sondern auch manchmal auf anderer Basis, z. B. bei Paralyse oder Epilepsie beobachtet werden können.

Daß solche Symptome bei Idioten häufig sind, ist unbedingt zuzugeben und wird gewiß von niemand, der sich mit Idioten

---

[1]) Einführung in die psychiatrische Klinik, 2. Auflage, S. 172.



ernstlich befaßt hat, in Frage gestellt werden. Ob aber die Symptome wirklich mit denen der Dementia praecox verwandt oder ihnen wesensgleich sind, das darf von vornherein angezweifelt werden. Auffallen muß schon der Umstand, daß bei den leichteren Fällen kindlichen Schwachsinns, den Imbezillen, die Symptome weitaus seltener sind, während wir sie vor allem bei schweren Fällen von Idiotie antreffen. Bei den sogenannten Propfhebephrenien handelt es sich jedoch um ein leichtes imbezilles Vorstadium.

Am meisten fragwürdig muß aber der angenommene Zusammenhang mit der Dementia praecox erscheinen, wenn wir die einzelnen Fälle von Idiotie mit solchen Symptomen untersuchen und dabei konstatieren, daß gewöhnlich ganz bestimmte, andersartige ätiologische Tatsachen für das Zustandekommen der Idiotie festgestellt werden können, und zwar ursächliche Momente der verschiedensten Art, so daß die Annahme gezwungen erscheinen würde, es habe sich hier zu einer schweren organischen Hirnveränderung noch der Prozeß der Dementia praecox hinzugesellt.

Wir wollen zunächst in diesem Sinne einen Blick auf den Tatbestand werfen und darauf nach einer Erklärung suchen. In der mannigfachsten Weise finden sich die motorischen Anomalien und in der Literatur treffen wir zahlreiche Hinweise darauf, ohne daß in der Regel viel Gewicht auf die Erscheinung gelegt wäre. Vor allem die intellektualistische Richtung der pädagogischen Idiotenfürsorge, gar nicht zu reden von moralisierenden Bestrebungen, führt wohl zu einer gewissen Vernachlässigung dieser interessanten Symptome. Sie lassen sich in folgender Weise gruppieren:

1. Abnorme Stellungen und Haltungen.
2. Abnorme Bewegungen, vor allem abnorme pantomimische Äußerungen.
3. Abnorme mimische Äußerungen, Grimassieren.
4. Abnorme sprachliche Äußerungen.
5. Befehlautomatie.
6. Negativismus.

Bei einem Überblick über die literarisch näher beschriebenen Fälle läßt sich unschwer eine stattliche Reihe von solchen Idioten finden, bei denen diese Symptome deutlich vertreten sind, in mannigfacher Gruppierung, oft auch unter der direkten Bezeichnung als „katatonisch“, aber gewöhnlich unter der Möglichkeit des Nachweises einer bestimmten, organischen Grundlage des ganzen idiotischen Zustandes. Wir werden zunächst eine kurze Übersicht solcher Fälle zu geben versuchen und einige eigene Beobachtungen anschließen.

Emminghaus hat 1887[1]) einen typischen Idioten dieser Art in „knieschüssiger Stellung“ bildlich wiedergegeben.

Eine große Reihe von entsprechenden Fällen sind durch Bourneville und seine Mitarbeiter in den verschiedenen Bänden seiner Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Publications du progrès médical, Paris, bei Felix Alcan, beschrieben worden.

In dem Band XXII, S. 152, 1902, beschrieben Bourneville und Morel einen Fall von „wahrer“ Porencephalie der linken Hemisphäre und „Pseudoporencephalie“ beider Hemisphären. Der Vater war Trinker und diente bei einer Strafcompagnie, eine Tante hatte Krämpfe im Kindesalter, eine Cousine war Trinkerin und geisteskrank, der Muttersvater war Trinker. Der Idiot hatte schon mit 15 Tagen Krämpfe, lernte nicht gehen, sprechen und sich reinhalten. Er fiel auf durch katatone Haltung und lebhaftes Grimassieren. Auffallend war auch die gekreuzte Haltung der Beine, doch trug dazu wohl die Steifheit der Hüftgelenke bei. Vor dem Tode, der mit 9 Jahren eintrat, wurde Hypothermie beobachtet. Das Hirn wog in Formolhärtung 1115 g. Über Bourneville's Unterscheidung zwischen echter und falscher Porencephalie, der ich nicht folgen kann, habe ich mich an anderer Stelle geäußert.[2])

Bourneville und Noir beschrieben in Band XIII, S. 256, 1893 einen Fall von angeborener Idiotie mit Hirnatrophie. Es handelte sich um ein Siebenmonatskind, bei dem im 2. Monate nach der Geburt Konvulsionen aufgetreten waren. Es lernte kein Wort sprechen und zeichnete sich durch zahlreiche Tics und ausgesprochen katatone Gebärden aus.

Ein anderer Fall von Bourneville und Noir, Band XVIII S. 110, 1898, zeigte erworbene Hydrocephalie. Das Mädchen lief mit 10 Monaten, bekam den ersten Zahn mit 14 Monaten. Mit 10 Monaten stellten sich heftige Bronchitis und Konvulsionen ein. Die Extremitäten der rechten Seite waren gelähmt. Es bestand Strabismus. Das rechte Auge ging verloren, wahrscheinlich infolge von Glaukom. Das Kind war unrein und zeigte zahlreiche Tics. Der Kopfumfang betrug 545 mm beim Tode, der mit $3\frac{1}{2}$ Jahren eintrat, während $\frac{1}{2}$ Jahr vorher der Umfang 570 mm betragen hatte. Das Totalgewicht des Hirns betrug 1900 g, das des Liquor cerebrospinalis

[1]) Psychische Störungen des Kindesalters, Tübingen, in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, S. 260.

[2]) Über Idiotie, S. 28, Halle 1906.

allein 750 g. Die linke Hemisphäre war verändert, insbesondere in der motorischen Region, Insel- und Occipitalgegend. Allem Anscheine nach war eine Meningitis in schubweisem Auftreten die Ursache des Hydrocephalus.

Bourneville und Sébilleau, Band XIX, beschrieben einen Fall von leichter symptomatischer Idiotie bei chronischer Meningitis. Der Vater war Trinker, der Muttersvater geisteskrank. Bis zum dritten Jahre war das Kind gut entwickelt, dann trat „typhöses Fieber“ mit Meningitis ein. Daraufhin fielen Anfälle von Schreien und Zorn auf, ferner Onanie, weiterhin Fugues-Neigung und schließlich zahlreiche Manieren und Tics, vor allem Vor- und Rückwärtsneigen des Körpers. Eine Reihe von interkurrenten Krankheiten traten auf, Rubeolen, Keuchhusten, eiterige Ohrenentzündung usw. Mit 12 Jahren zeigte sich ein leichter Fortschritt in der geistigen Entwicklung, mit 19 Jahren trat der Tod durch Lungentuberkulose ein. Der Kopf war vermehrt in allen Durchmessern. Das Hirn wog 1370 g, an den Stirnlappen zeigten sich meningitische Veränderungen.

Bourneville und Noir beschrieben im XVI. Band einen Fall von Idiotie mit Acrocephalie und „Monstruosité physique et morale“. In der Familie kamen Epilepsie, Irrsinn und Tuberkulose vor. Die Mutter soll in der Schwangerschaft lebhafte Eindrücke erfahren haben durch Lektüre von Erzählungen über Mißgeburten! Kopf und besonders Gesicht sahen schon bei der Geburt auffallend aus. Mit 15 Monaten fing das Kind erst an zu gehen, mit 18 zu sprechen, vom 2. Jahre ab hielt es sich rein. Die Intelligenz blieb schwach. Migräne und Nackenschmerzen wurden geäußert. Es schienen zeitweise Eifersuchtsideen zu bestehen. Außerordentlich groß war die manuelle Geschicklichkeit. Es fielen zahlreiche Tics und besonders Echolalie auf. In der Pubertät schritt das Wachstum weiter voran. Es zeigte sich eine hochgradige Fettleibigkeit, die durch Thyreoidin etwas reduziert wurde. Mehrfach traten epileptische Störungen auf. Nach erworbener Lues starb der Fall, 28 Jahre alt, bei 59,2 kg Gewicht und nur 1,465 Körperlänge.

Talford-Smith beschrieben [1]) den Fall eines 6 jährigen, nicht gelähmten Idioten, der sich fortwährend mit den Händen an den Kopf schlug oder an die Wand stieß. Es wurde die lineare Kraniektomie angewandt, die auf die Intelligenz keinerlei Einfluß zeigte,

[1]) Craniectomy for Idiocy, with notes of a case, Journal of mental science, 1897.

während die rhythmischen Bewegungen des Kindes nunmehr nach der Kraniektomie aufhörten.

Pollak[1]) hat einen Fall von kongenitaler, multipler Herdsklerose des Zentralnervensystems beschrieben bei einem 6jährigen Kinde, das Krämpfe hatte, den Kopf neigte, schleuderte und nickte und rhythmischen Tremor und Schütteln aufwies. Die Sektion ergab Verschmälerung der Gyri, an der Stelle des Balkens fand sich eine grauweiße, mit grauen Knötchen und Flecken versehene Masse.

Ich habe vor mehreren Jahren[2]) den Fall eines Idioten abgebildet, der ganz wie ein Katatoniker die Hände in auffallender Weise an den Kopf preßte und dabei die kleinen Finger zwischen die Lippen steckte. Auch für das Grimassieren kann der an derselben Stelle, eine Seite früher abgebildete, tiefstehende Idiot ein prägnantes Beispiel darbieten.

Die rhythmischen Bewegungen, Kopfwiegen, Kopfnicken, Hände- oder Beinbewegungen, auch Schlagen auf den eigenen Körper, Händeklatschen, Zähneknirschen usw. können wir bei jedem Rundgang durch eine Idiotenanstalt oft genug wahrnehmen. Eine meiner Abbildungen[3]) brachte die Aufnahme eines mikrocephalen Idioten, der schon an der unscharfen Wiedergabe der erhobenen Hand erkennen läßt, daß sie sich beim Photographieren in Bewegung befand. Das Kind schlug sich andauernd mit der linken Hand auf den Kopf oder es wiegte den Oberkörper vor und zurück. Die durch Czerny ausgeführte Kraniektomie hat hier in keinerlei Weise Besserung gebracht.

Auch das triebartige Onanieren kann zu diesen rhythmischen Bewegungen gerechnet werden. Weiterhin sind bizarre Manieren, Grußmanieren, Eßmanieren usw. nichts Seltenes.

Die sinnlosen sprachlichen Äußerungen, vor allem in rhythmischer Wiederholung und Verbigeration, sind in zahlreichen Schriften erwähnt, vor allem auch von pädagogischer Seite als papageiartiges Sprechen oder Papageiensprache beschrieben worden. Eine mikrocephale Idiotin äußerte in fortwährender Wiederholung „um — um“ oder „guten Morgen — guten Abend“.

Schließlich ist auch noch das Widerstreben eine außerordentlich

---

[1]) Archiv für Psychiatrie, Band XII, 1882, Seite 157.

[2]) Psychiatrie, München 1902, S. 186.

[3]) a. a. O. S. 194. Ferner in: Die Behandlung idiotischer und imbeziller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Würzburg 1900, S. 32.

verbreitete Erscheinung bei dem angeborenen Schwachsinn. Oftmals gelingt auch die Feststellung von Befehlsautomatie, etwa Nachsprechen der vorgesagten Wörter oder affenartiges Nachahmen der vorgezeigten Bewegungen, sowie auch ab und zu Katalepsie.

Kürzlich traf ich letzteres Symptom neben Echolalie bei einem tiefstehenden Idioten (H. S.), der auf Aufforderung die Zunge zeigte, die Hände gab und lachte, aber sonst ziemlich gleichgültig war und wenig sprach. Es bestand Pes equinovarus, am meisten ausgeprägt auf der linken Seite, ferner Babinski'sches Symptom, etwas Spasmus in den unteren Extremitäten, dabei aber waren auffallenderweise die Patellarreflexe nicht auslösbar. Der Kremasterreflex war links stärker als rechts, die Bauchdeckenreflexe entsprachen der Norm.

Ein anderer Idiot (T. N.), 16 jährig, zeigte einen Puls von 168 Schlägen in der Minute, rechts lebhafteren Patellarreflex als links, ferner etwas Spasmus der Beinmuskulatur. Er hatte 3 mal epileptische Anfälle. Die Aufmerksamkeit war verhältnismäßig gut. Er merkte z. B. korrekt meinen Namen, als er ihn von anderen nennen hörte. Er rechnete kleine Aufgaben wie 4 + 12 richtig, kannte sogar die Uhr teilweise und multiplizierte flott das kleine und große Einmaleins. Gewöhnlich lachte er still vor sich hin. Außer Echopraxie bestand nun bei ihm ausgeprägte Katalepsie, mindestens 5 Minuten lang ließ er den Arm in der ihm erteilten Stellung verharren.

Ein anderer Idiot (M. B.) von 10 Jahren zeigt Genu valgum und Pes valgus. Die Pupillen reagieren, die linke ist kleiner als die rechte und nicht ganz rund; links etwas paradoxe Reaktion. Im Gesicht findet sich Adenoma sebaceum, was für eine angeborene Affektion spricht. Es fiel ein katatonischer Zug im Wesen des Knaben auf, vor allem ein rhythmisches Schlagen mit der Hand und ein unmotiviertes rhythmisches Schnaufen. Manchmal stellten sich ohnmachtsartige und epileptiforme Anfälle ein, dabei gelegentlich Schädelverletzung mit nachfolgender Hautverdickung. Der Puls betrug 84 Schläge in der Minute. Die Körperlänge war gering, 127 cm, der Kopfumfang 53 cm.

Ein Idiot mit krummen Füßen und um 90 Grad abgeknicktem Genu valgum, ferner Lymphdrüsenschwellung am linken Unterkiefer, fiel auf durch höchst maniriertes Händegeben wie bei einem zweifellosen Katatoniker. Die Patellarreflexe waren sehr lebhaft.

Auch das bekannte Vorstrecken der Zunge mit sofort darauf erfolgendem Wiederzurückziehen, sowie der Schnauzkrampf finden sich nicht selten.

In der englischen Anstalt Knowle bei Birmingham sah ich einen taubstummen Idioten, der eine exquisit katatonische Stellung, den Kopf zwischen den Waden, Tag für Tag festhielt.

In Earlswood in England traf ich einen 20 jährigen Mongoloiden mit dem üblichen sehr kurzen Occiput, hervorspringendem Unterkiefer, langer warziger Zunge. Die Hände waren dick, aber nicht sehr biegsam. Recht schlechte Zähne. Nase und Mund waren etwas wund. Es bestand Echopraxie, Steifhaltung usw. Er erinnerte in lebhafter Weise an Katatonie, wenn auch hier das typische Bild des Mongolismus für diese Erscheinungen verantwortlich gemacht werden muß.

Gerade bei Mongoloiden zeigen sich solche katatoniforme Symptome nicht selten. Allerdings sind die eigenartigen Haltungen, vor allem der Sitz in Schneiderart, mit kreuzweise übereinander geschlagenen Beinen, oder gar das Legen des einen Beins über den Nacken, zweifellos beeinflußt durch die Gelenkweichheit. Daneben aber muß hier ganz besonders auch das Symptom der Echolalie und Echopraxie auffallen, wie auch die bei Tiefstehenden nicht seltenen rhythmischen, verbigerierenden Sprachäußerungen auf mongoloider Basis. Auch bei tiefstehenden echten Kretinen kommen rhythmische Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten vor.[1] Auch bei Kindereklampsie und -epilepsie sowie bei Little'scher Krankheit traf ich entsprechende Symptome nicht selten.

Kurzum, wir sehen, daß die katatoniformen Symptome bei vielen Idioten vorkommen, aber auch gerade bei solchen, für deren Hirnentwicklungsstörung bestimmte ätiologische Anhaltspunkte, wie Porencephalie, Meningitis, Hydrocephalie, Atrophie oder Mongolismus nachweisbar sind, weshalb die Annahme einer besonderen Psychose, einer Dementia praecox als Spezialursache für die katatoniformen Symptome, eine unzweckmäßige Komplikation der Deutung darstellen würde.

Diese Argumente gelten ganz besonders auch gegen Masoin,[2] der mit großer Bestimmtheit eine absolute Identität der katatonischen motorischen Symptome mit den automatischen Bewegungsformen der Idioten behauptet, die Hebephrenie lediglich als Spätidiotie bezeichnet und sich zu der Ansicht versteigt, daß ohne Anamnese ein Idiot von einem Hebephrenen auf der Höhe der Erkrankung überhaupt nicht zu unterscheiden sei.

Indes ist damit das Vorkommen jener Symptome noch keines-

[1]) Weygandt, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus, Halle 1904.

[2]) Remarques sur la Catatonie, Journal de Neurologie 1802, Heft 4, S. 61.



wegs erschöpft. Wir treffen sie vielmehr in vielleicht etwas schwächerer, doch unverkennbarer Ausprägung auch bei keineswegs idiotischen oder imbezillen, sondern selbst bei ganz normalen Kindern zu gewissen Zeiten der kindlichen Entwicklung.

Auf die eigenartige Erscheinung der Maladie des Tics gehe ich hier nicht ein. Ferner muß ich mir versagen, an dieser Stelle einzugehen auf die motorischen Äußerungen zweckloser Art, wie rhythmische Bewegungen, Echosymptome usw. in der Tierwelt.

Kauernde Stellungen, rhythmische Bewegungen, Grimassieren sind im Laufe der frühesten Entwicklung des Kindes ungemein häufig zu beobachten. Wenn der Erzieher sie als „Unarten" bezeichnet und lediglich das Interesse hat, sie zu bekämpfen, so ist das von seinem Standpunkte aus natürlich gerechtfertigt, gibt aber noch keine wissenschaftliche Erklärung, woher diese motorischen Erscheinungen kommen. Freilich wäre es zur eingehenden Betrachtung angebracht, wenn diese Erscheinungen eben nicht kurzweg abgetan würden, sondern der Versuch angestellt würde, sie genauer zu beschreiben, die Häufigkeit ihres Auftretens anzugeben und ihre Beziehungen zu den ungeordneten motorischen Entladungen des Neugeborenen und den geordneten Bewegungen des Kindes von 3—4 Jahren ab näher kennen zu lernen. Die zahllosen Fälle des Nägelkauens, Haarpflückens, Hautzupfens usw. sind keineswegs alle in der Maladie des Tics unterzubringen, vielmehr handelt es sich dabei im wesentlichen um eine auf leicht nervöser Basis verharrende motorische Äußerung aus jener Zeit der kindlichen Entwicklung, in der solche zwecklose Äußerungen auf geringfügige Reize hin, vielfach auch lediglich als ungeordnete Entladung motorischer Impulse, eine viel allgemeinere Rolle spielten.

Keineswegs selten findet sich auch Befehlsautomatie angedeutet, vor allem das Symptom der Echolalie und manchmal auch eine leichte Katalepsie. Im Zusammenhang vor allem mit der Echolalie und der Neigung zu motorischen Äußerungen rhythmischer Art stehen die eigenartigen sprachlichen Leistungen der Kinder.

Lay [1]) sucht die kindlichen motorischen Äußerungen in ihrem Fortschreiten vom Unbewußten zum Bewußten und Willkürlichen folgendermaßen zu gruppieren:

Ohne Bewußtsein: Spontane Bewegung, mit äußerem Reiz.
Reflexbewegung, mit innerem Reiz.

Mit Bewußtsein: Triebbewegung, mit einem einzigen Motiv.

---

[1]) Experimentelle Didaktik, 1. Allg. Teil, Wiesbaden 1903.

Willkürliche Bewegung, mit Wahl der Motive,
Zweckmotiv, besonders intellektuelles Motiv.

In dieser viergliedrigen Reihe sind die beiden ersten Glieder meines Erachtens nicht als aufeinanderfolgende Etappen der kindlichen Entwicklung aufzufassen, sondern in der frühesten Zeit spielen beide Faktoren nebeneinander eine Rolle; im ganzen aber ist der Fortschritt in den kindlichen Bewegungen vom Unbewußten zum Willkürlichen treffend schematisiert.

Hinsichtlich der Entwicklung der Sprache haben viele Forscher, so schon Aristoteles, dann Wundt und Sully, auch Gutzmann, ferner Amend und Troischer, drei verschiedene Stufen unterschieden, die sich kurz charakterisieren lassen als Schreien, Lallen, Sprechen. Zunächst handelt es sich lediglich um eine ganz ungeordnete Entladung motorischer Antriebe in der dem Sprechmechanismus dienenden Muskulatur. Auf der zweiten Stufe spielt der Klang eine Rolle das Kind fängt an, seine Entladungen der Sprechmuskulatur selbst zu perzipieren und bereits zu modifizieren, unter vorherrschender Einwirkung des Klanges, während der Sinn und die begrifflichen Beziehungen erst ganz allmählich hinzutreten und die dritte Stufe der kindlichen Sprachentwicklung einleiten.

Auf dieser zweiten Stufe produziert das Kind sprachliche Äußerungen, die in vieler Hinsicht an die sprachlichen Entladungen mancher Katatoniker erinnern, nur daß hier die Residuen des früher gut entwickelten Sprachvermögens mitwirken; noch näher verwandt ist die zweite Stufe der kindlichen Sprache den sprachlichen Äußerungen vieler Idioten, wenn auch bei diesen vielfach der Impuls zu sprachlichen Äußerungen geringer ist.

Die Literatur enthält freilich verhältnismäßig wenig Angaben über diese Stufe der Kindersprache, weil eben das Interesse der Pädagogik daraufhinzielt, diese Stufe möglichst rasch zu überwinden und an Stelle der Klangsprache die Sinnsprache zu bringen. Perez hat von einem Kind berichtet, das 14 Tage lang immer „toro“ oder „rapapi“ wiederholte. Eine gewisse Fixierung jener Stufe der Kindersprache, wenn auch wohl mit manchen Modifikationen, können wir finden in den mannigfachen Kindersprüchen, Abzählreimen usw., die ja auch literarisch mehrfach gesammelt sind. Hier haben wir vielfach eine Aneinanderreihung von sinnlosen Wörtern oder Lautgebilden, die lediglich des Klanges wegen vor allem als Reime oder Assonanzen, und dann besonders auch auf Grund des Rhythmus produziert und fixiert worden sind. Hauptsächlich das Werk von Böhme, Deutsches Kinderlied und Kinderspiel, Leipzig 1897, enthält eine

große Kollektion dieser sprachlichen Äußerungen. Es sei eine Auswahl hier angeführt:

Emilie
Widuwilie
Widuwintukantilie
Widumops
Anatolischer Mops.

Franz Willwanz
Willwippke Kadanz
Willwippke Kadippke
Katholischer Franz.

Eene dine ditche datche
Zimmerne bimmerne bonche datche
Zimmerne bimmerne buf
Wer zuletzt kommen muß.

Eins zwei drei
Nicke necke nei
Nicke necke nuß
Du bist wahrhaftig duß.

Pola (= Pauline), Pola pupp pupp pupp
Was hast gessa? Wassersupp,
Pola hin, Pola her,
Pola ist a Zottelbär.

Kürzere Wendungen sind folgende: Duseli duseli duk duk duk. — Quibus, quabus. — Änige, bänige, doppeldee, reiffel. raffel, mummelnee. — Endi bändi doppedi, divi davi domine ... — Rummel de bummel de kikel de nell . . . Zieber de bieber de papp, du bist af. — Immchen, dimmchen Zuckerbimmchen . . . — Wicke wacke wei. — Flick de flock de floria. — Hannes trabannes. — Ane krane wickele wane. — Busche busche benne. Ex speck dreck. — Unig tunig zickenzank. — Eigen beijen bisch bisch bisch. — Heidl bubaidel bubölla. — Schele wipp, schele wapp. — Giri giri gix. — Dirle dirle dampala usw. usw.

Dialektische Einflüsse spielen natürlich auch eine Rolle, im ganzen aber handelt es sich doch um sinnlose Wortgebilde. Die Wortbildung lediglich nach dem Gesichtspunkte des Klanges herrscht vor. Nicht selten sind auch ganz zusammenhanglose Begriffe aneinandergereiht, wie bei der Inkohärenz der Katatoniker. Der eine Vers erinnert lebhaft an ein von mir niedergeschriebenes Stenogramm [1]) der rhythmischen Äußerungen einer katatonischen Patientin, das folgendermaßen beginnt:

„Lieber Gott, verzeih doch mir,
Denn ich bin der Zottelbär,
Lieber Gott, verzottel mich,
Denn ich bin das ich“ usw.

Des weiteren ist auch eine Verwandtschaft mit den Sprachprodukten der Experimente Stransky's schwerlich zu verkennen, dessen normale Versuchspersonen unter Aufmerksamkeitsentspannung 1 Minute lang wahllos in den Phonographen darauf losreden mußten.

[1]) Grundriß und Atlas der Psychiatrie, München 1902, S. 387.

was und wie es ihnen gerade in den Sinn oder besser gesagt auf die Lippen kam. Um nur ein Beispiel herauszugreifen, beachte man die Wortfolge: „Fröschen Fröschen Frischen Froschen, die Froschen sind Fröschen an der Früh, an der Früh sind sie mit Frühstück.“

Ich muß nun durchaus annehmen, daß wir angesichts jener sprachlichen Äußerungen normaler Kinder keineswegs mehr den Umweg über die Dementia praecox nötig haben, um die absonderlichen sprachlichen Äußerungen vieler Idioten, vor allem die rhythmischen Wortreihen, zu verstehen. Viel näher liegt es daran zu denken, daß bei den in ihrer geistigen Entwicklung gehemmten Idioten die Sprachentwicklung im wesentlichen auf der zweiten Stufe, dem „Lallen“, der Entladung der motorischen Sprachzentren und Sprechmuskulatur lediglich unter dem Gesichtspunkte des Klanges, stehen geblieben ist.

Ich möchte noch einen Schritt weitergehen und annehmen, daß auch bei den Katatonikern der Vorgang ihrer sprachlichen Störungen, vor allem die Inkohärenz wie auch die Verbigeration, so zu verstehen ist, daß bei der Störung des apperzeptiven Denkens die begriffliche Sprache mitbetroffen ist und, auf Grund der Erregung, die Äußerungen der Sprachorgane wieder, unbeeinflußt vom begrifflichen Denken, lediglich als sprachliche motorische Entladungen unter Einwirkung des Klanges vor sich gehen und somit die katatonische Sprache sich der zweiten Entwicklungsstufe der Kindersprache wieder annähert. Im Widerspruch mit der Jung'schen Auffassung von der Psychologie der Dementia praecox[1]) scheint mir diese Anschauung keineswegs zu stehen, wenn man berücksichtigt, daß wohl bei dem erwachsenen Katatoniker verdrängte Vorstellungen eine Rolle spielen, während von solchen bei dem Kinde und Idioten angesichts ihrer beginnenden Entwicklung nicht die Rede sein kann.

Inwieweit das bei gewissen Verblödungsprozessen, besonders der Paralyse von v. Wagner, Dobrschansky,[2]) Stransky beobachtete Symptom des „Säuglingsreflexes“, eines Mundaufschnappens bei Annäherung von Gegenständen an das Gesicht, als ein verwandtes Symptom, das Wiederauftauchen einer Reaktion des Säuglingsalters, aufgefaßt werden darf, sei vorläufig noch dahingestellt.

Sehr wohl deckt sich aber meine Auffassung mit der Anschauung von Fauser,[3]) daß rhythmische Betonung auf einem Zurücktreten

[1]) Über die Psychologie der Dementia praecox, Halle 1907.

[2]) Jahrbücher f. Psychiatr. u. Neurologie XXVII, S. 144, 1906.

[3]) Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geistesschwachen, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 62, S. 687.



der aktiven Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge hinter sinnlichen Antrieben beruhe.

Auf Grund obiger Erwägungen ist anzunehmen, daß Dementia praecox weder für jene Fälle von Willensanomalien bei Idioten, noch auch bei apperzeptiver Verblödung angenommen werden kann, wenn eine andere Ursache für die Erscheinungen nachweisbar ist.

Immerhin gibt es Fälle, wo der Nachweis anderer Ursachen aussteht und eine im Kindesalter auftretende, eigenartige psychische Affektion zum Schwachsinn führt. Einen solchen Fall hatte ich zu Wien Gelegenheit zu beobachten.

Es handelt sich um einen Jungen von $10^1/_4$ Jahren, das jüngste von 4 Geschwistern, die im übrigen gesund waren. Auch die Eltern waren gesund, der Vater 47, die Mutter 38 Jahre, also weder eine besonders große Altersdifferenz der Eltern, noch waren die Eltern bei der Geburt selbst schon in vorgerückten Jahren.

Das Kind wurde gestillt und entwickelte sich zunächst gut. Mit 13 Monaten bekam es Zähne, mit 13—14 Monaten lernte es laufen und bald darauf auch sprechen.

Im Laufe des 4. Jahres trat eine Veränderung ein, es wurde launenhaft, aufgeregt, ärgerlich, weinte stundenlang ohne Anlaß. Dann äußerte es Wünsche, aber es war ihm nichts recht zu machen; so wenn es Wasser verlangt hatte, war ihm das gebrachte Trinkwasser nicht rein genug. Stundenlang konnten solche Szenen dauern.

Öfter legte sich der Junge ins Bett und sagte: „Mama, ich bin krank". Dann wieder stand er nach einigen Minuten auf. Die Nahrungsaufnahme war mangelhaft, monatelang nahm er nur von derselben Speise. Gern zog er sich zurück von der Umgebung. Einmal stieß er den Vater zurück und sagte: „Küß' mich nicht, ich habe nur die Mutter lieb".

Grimassieren kam nicht vor, wohl aber rhythmische Bewegungen des Oberkörpers seitwärts und auch vorwärts und rückwärts.

Am auffallendsten war die sprachliche Veränderung. Anfangs stotterte er, einige Worte gingen noch gut, die anderen aber gebrochen. Später verdrehte er die Worte, sagte z. B. Mimi statt Mama. Verbigerieren kam zunächst nicht vor.

Als ich nach dem Namen fragte, nannte er undeutlich seinen (ungarischen) Namen.

Nach mehrmaliger Frage: ‚wo ist die Mama?' sagte er undeutlich „im Zimmer". Zählen konnte er nicht, doch soll er manchmal beim Versuch zu spielen undeutlich 1, 2, 3 sagen.

Aufgefordert, die Augen zuzumachen, sperrte er den Mund auf, bewegte aber auch die Augen.

Die Aufforderung, seine Zunge zu zeigen, befolgte er, ebenso lachte er und klatschte in die Hände auf Aufforderung, ohne Spur von Negativismus. Auf die Frage: ‚willst du in die Schule gehen?' sagte er undeutlich „in die Schule". Auf die Frage: ‚willst du spazieren gehen?' sagte er undeutlich „Simon papel".

Als ich ihm einen Bleistift vorzeigte und fragte: ‚was ist das?‘ sagte er die sinnlose Lautverbindung „fünfbebebi“.

Beim Vorzeigen von Geld sagte er: „. . e . . kineschadru“.

Bei der Uhr: „eme un“.

Beim Messer: „a a a a me eser“.

Ein andermal äußerte er: „bitetö e rametel“.

Auf die Frage: ‚willst du einen Kuchen‘? antwortete er „ene ke kuche“.

Beim Vorzeigen des Notizbuches sagte er „ene papeleng.“

Öfter wiederholte er ein und dasselbe Wort und lief damit stundenlang im Zimmer herum.

Im ganzen sprach er aber jetzt wenig. Vielfach wälzte er sich auf dem Sofa und sang dabei etwas vor sich hin. Gelegentlich lallt er ganz unverständlich, dann wieder schlägt er mit den Händen. Öfter sieht er aus dem Fenster, scheint Spaziergänger und Automobile zu betrachten und wird dabei unruhig.

Als ihm ‚halt‘ zugerufen wird, fährt er ängstlich zusammen, drängt fort auf den Divan und verbirgt dort sein Gesicht. Er versucht die Mutter festzuhalten, wenn sie nach dem Fenster zugeht. Als er einmal körperlich erkrankt war, verlangte er immer Notizbuch und Bleistift, dann suchte er zu schreiben und zerriß alles wieder. Als ihm wieder Papier und Bleistift vorgelegt wird, kritzelt er einige halbwegs parallele Linien hinein. Auf die Berührung mit der Messerspitze reagiert er nicht.

Früher schlief er gut, manchmal ist er nach stärkerer Aufregung ganz rasch eingeschlafen; jetzt ist der Schlaf mangelhafter.

Die Herztätigkeit ist etwas beschleunigt, auf 102 Pulsschläge. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und auf Akkommodation. Die Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt, manchmal läßt er sie dann aber auch draußen. Die Patellarreflexe sind vorhanden. Die Hände sind schlank und sehr weich in den Gelenken, so daß man die Finger bis zu einem spitzen Winkel zurückbiegen kann, wie bei mongoloiden Kindern, wenn auch sonst nichts an diese Schwachsinnsform erinnerte.

Der Kopfumfang beträgt 50 cm, die Körperlänge 131 cm.

Verschiedenes erinnert wohl an Dementia praecox, vor allem auch die sprachlichen Äußerungen, die manche Anklänge an das richtige Wort erkennen lassen. Im ganzen aber darf man die Erscheinung doch wohl noch nicht damit identifizieren. Dagegen spricht das anfänglich vorhandene Krankheitsgefühl und dann auch die eigenartige Form der Verblödung, die vor allem doch immer noch eine rege Aufmerksamkeit erkennen läßt. Am plausibelsten wäre die Annahme einer uns noch nicht näher bekannten organischen Schädigung des Hirns. Vorläufig tut man gut, solche keineswegs allzu selten vorkommende Fälle einer im Laufe der späteren Kindheitsentwicklung, hier mit 4 Jahren, einsetzenden fortschreitenden Verblödung lediglich als Dementia infantilis zu be-

zeichnen und eine ätiologische Beurteilung zu vertagen, bis weitere Beobachtungen und auch Sektionsmaterial vorliegen.

Wir sehen aus der ganzen Schilderung, daß im Bereiche der Idiotie manches an die große und wichtige Krankheitsgruppe der Dementia praecox erinnert. Bei eingehender Prüfung müssen wir uns aber doch hüten, auf Grund einiger Anhaltspunkte derartige Fälle von Idiotie als Frühformen der Dementia praecox zu bezeichnen.

Hinsichtlich der mannigfachen in Betracht kommenden Fälle von Idiotie mit solchen auffallenden Zügen ist in kurzer Zusammenfassung dieser Ausführungen folgendes zu sagen:

1. Manche Fälle von Dementia praecox zeigen in der Kindheit einige auffallende Züge, ohne daß Idiotie oder auch nur leichter Schwachsinn besteht.

2. Manchmal bricht in der Pubertät oder später Dementia praecox in einer ihrer drei Haupterscheinungsweisen aus bei Imbezillen, die aber zunächst bei Intelligenzschwäche doch noch kein speziell an Dementia praecox erinnerndes Symptom dargeboten hatten.

3. Idioten mit apperzeptiv-affektiver Verblödung sind nicht als mit Dementia praecox verwandt aufzufassen, wenn andere ätiologische Gesichtspunkte offenkundig sind.

4. Die zahlreichen an Dementia praecox erinnernden motorischen Störungen der Idioten finden sich in Fällen von der verschiedensten ätiologischen Grundlage. Diese Symptome sind keineswegs als ein Beweis für Dementia praecox aufzufassen, sondern sie erklären sich ebenso wie die analogen Symptome der Katatoniker aus einer gewissen Entwicklungsperiode der normalen Kindheit, in der ebenfalls auf Grund der noch unkoordinierten motorischen Impulse derartige Erscheinungen angedeutet sind.

5. Es gibt Fälle, bei denen im Kindesalter nach einer Reihe normaler Jahre eine Verblödung einsetzt, die in manchen Zügen an Dementia praecox erinnert, ohne daß die Analogie durchgreift, weshalb eine Erklärung dieser vorläufig als Dementia infantilis zu bezeichnenden Fälle noch aussteht.

Über einen Fall von Mikrocephalie.

Von

Dr. G. **Montesano,** Primärarzt.

Gehen wir nun zu dem Aufbau des Knochengerüstes über.

In den TAMBONI'schen und ORENEA'schen Arbeiten über Mikrocephalie findet man auf einer Tafel die Schädelmaße verzeichnet, die die verschiedenen Verfasser bei einer Anzahl von Mikrocephalen ausgeführt haben. Aus den Zahlen dieser Tafel ergibt sich, daß nur einige Fälle einen kleineren Gesamtumfang aufwiesen als der unsrige. Im ZOIA'schen Fall betrug er 300 mm, im MINGAZZINI'schen und ADRIANI'schen 332, im VIRGILIA'schen 332, in unserm 337 mm. Der Index cephalicus betrug in unserm Fall 77,6 mm, es fehlt aber nicht an Fällen, wo die Zahl noch niedriger lautete. In dem von BASTIANELLI beschriebenen VALENTI'schen Fall betrug sie 51,38, in dem FARMAZOLI'schen Fall erreichte sie ein Maximum von 87,6 mm. Nur in wenig Fällen war der antero-posteriore Durchmesser kleiner wie bei dem unsrigen. (Im ADRIANI'schen Fall 117 mm, im BASTIANELLI'schen ebensoviel, im ALTANA'schen 115 mm.) Die höchste Ziffer wurde im ROLOLINO-Fall LOMBROSO's (175 mm) erreicht. Was nun den Querdurchmesser betrifft, der in unserm Fall 94 mm betrug, so erreichte derselbe sein Mindestmaß in dem VIRGILIO'schen Fall mit 74 mm, sein höchstes Maß in dem von CONTI beschriebenen LOMBROSO'schen Fall. Nur bei wenigen finden wir die Kapazität angegeben, im MINGAZZINI'schen Fall stimmte sie mit der unsrigen überein (400 mm). In zwei anderen Fällen ergaben sich noch niedrigere Ziffern (VIRGIL 350 mm, LOMBROSO 390 mm). Die höchste Ziffer ergibt der MEARRO'sche Fall (1101 mm).

Schon MINGAZZINI hob hervor, wie gut sich die Mikrocephalie mit den verschiedensten Schädelformen verträgt, sei es nun, daß der occipitale Höcker mehr oder weniger hervorragt, die Stirn mehr oder weniger zurückflieht, eine größere oder kleinere Profatmie vorhanden ist, oder endlich die Entwicklung der Stirnhöcker verschieden ist. Wir werden aber dennoch bei dem Vergleich unseres Falles mit dem anderer Verfasser nicht stehen bleiben. Erinnern wir uns zunächst, daß bei dem unsrigen alle Nähte offen waren, während die Fälle nicht fehlen, in denen eine verfrühte oder teilweise Verknöcherung festgestellt wurde. In unserm Fall war eine Sutura metopica basale vorhanden; SPERINA und ROVERO (53) haben behauptet, daß dies eine Rückbildung sei, da dieselbe Form bei untergeordneten Menschenrassen, Negern, und verschiedenen Entartungsgattungen, wie Mikrocephalie verschiedenen Grades, Blödsinn usw. vorkomme. Dasselbe behauptete anfänglich auch STAURENGHI (54), weil er dies Kennzeichen bei vielen Affen gefunden hat. Später glaubte er diesen Beweis aber nicht als untrüglich aufrecht erhalten zu können. In unserm Fall war der hintere Ast der mittleren Hirnhautarterie besonders entwickelt und gabelte sich in zwei Äste. BUGYERI (55) betrachtete ein derartiges Vorkommen als Anzeichen eines höheren, nicht eines minderwertigen Typus. Nicht in allen Fällen waren die Schädelwände gleich dick; in dem unsrigen war die Dichtheit eine mittlere. Ferner hatten wir bei dem unsrigen eine Entwicklungsharmonie zwischen den drei Schädelhöhlen festgestellt, während bei anderen Disharmonie herrschte. So waren im Falle BECKER von BISCHOFF die vorderen Schädelhöhlen wenig entwickelt, im MINGAZZINI'schen wieder die hinteren. Die Processus clinoidei waren bei unserm Objekt klein. Im MINGAZZINI'schen, FERRARESI-MINGAZZINI'schen (56) sowie in dem SCAGLIOLA'schen Falle GIACOMINI's waren sie hingegen enorm ausgebildet. Zum Schluß heben wir noch die übermäßige Entwicklung der in den obenerwähnten Fällen asymmetrischen Crista galli, ferner eine ausgesprochene Einsenkung der Lamina cribrosa hervor.

Weitere Betrachtungen über die verschiedenen Symptome.

Die Höhe der Schläfenschuppen wurde nach den GIUFFRIDA'schen Angaben (51) angenommen, indem man die Curva biauricularis mit der Summe der beiden Temporalsegmente derselben Kurve verglich. Nach den Beobachtungen dieses Verfassers zu schließen, bewegt sich

der Index gewöhnlich um die Zahl 30 herum, unser Fall entfernt sich wenig von der Normalzahl mit 31. Da er dieselbe aber übertrifft, so reiht er sich in die „Crani hypsicrotaci“ ein, und auch dies würde einen höheren Ausbildungsgrad vorstellen.

Bemerkenswert ist der große Unterschied zwischen der vorderen und hinteren Projektion. Die vordere war 27 mm größer. während laut und Hervé (Précis d'Anthropologie — Paris 1887, p. 761) bei den Europäern meist die hintere größer ist. Diese Tatsache hat Giuffrida in seiner Denkschrift zugleich mit dem Index Flower's erwähnt. In dem angegebenen Profilschnitt macht er dann besonders auf den Profilwinkel aufmerksam. Tatsächlich war in unserm Fall der Prognathismus sehr auffallend. Doch wiederholt sich derselbe nicht regelmäßig bei Mikrocephalen. Es sind auch Fälle von Orthognathismus vorgekommen. Bei der Cunningham'schen Joe betrug der Gesichtswinkel 38.

Die Höhe des Index der Orbita reiht unser Objekt in die Gattung der Megasemi ein. Doch auch hier muß betont werden, daß diese Bildung nicht ständig bei Mikrocephalen ist, da auch Microsemi, wie der von Mingazzini beschriebene vorgekommen sind. Der Gaumen war platt und entsprach in unserm Fall dem prognathen Gesicht, im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Verfasser, z. B. Humphrey (58).

Der größte Durchmesser — von vorn nach hinten gemessen — lag bei unserm Objekt höher wie der Torus occipitalis. Das occipitale Loch war länglich und hatte eine Abschrägung nach unten und nach vorn. Es glich etwa dem der anthropoiden Affen. Das hinterste Ende des occipitalen Loches war von der Hinterhauptansicht aus zu sehen. Es ist von Vogt und Mingazzini über Fälle berichtet worden, bei denen die Schweifung des Loches so stark gewesen sei, daß man von der Hinterhauptansicht aus sogar auch den vorderen Rand sehen konnte.

Nach Giuffrida-Rugyeri (53) würde sich folgerichtig ergeben, daß in unserm Fall Corda und Curva glabello-bregmica sich mehr nähern als beim normalen. In den 9 von besagtem Verfasser studierten Fällen betrug die höchste Ziffer 93, während unsere bis zu 96 stieg.

Der rechte Index, tibiofemoralis, der bei unserm Objekt 81,6 betrug, könnte für normal gelten, da er sich mit den Topinard'schen (60) und Rollet'schen (61) Zahlen deckt; während der radiohumerale mit 66,8 von der Topinard'schen Durchschnittsziffer übertroffen wird, die 77,4 und bei Rollet 72,7 beträgt. Die ausgesprochene

Krümmung des linken Hüftbeins zeugt von einem fortschreitenden rachitischen Prozeß. Übrigens waren schon verschiedene andere Familienglieder von letzterer heimgesucht worden. Mit dem Einfluß, den die Rachitis auf Blödsinn und andere derartige Formen geistiger Minderwertigkeit ausübt, haben sich noch andere Verfasser beschäftigt. So HANSEMANN (62), CASSEL (63), DÖLL (64), RENOULT (65), LEY (66) usw. Nicht alle sind zu dem gleichen Ergebnis gelangt. HANSEMANN glaubt nicht, daß die Rachitis einen großen Einfluß auf die Mikrocephalie habe. Allerdings begegnet man ersterer nicht in allen Fällen. Auch die mikrocephalische Schwester unseres Objekts litt nicht an Rachitis. Dagegen aber einige ihrer an Intelligenz vollwertigen Brüder.

Daß die Mikrocephalie zwei Brüder oder mehrere Glieder derselben Familie erfaßt, darf nicht als besondere Eigentümlichkeit unseres Falles gelten. Wir gedenken dabei der sogenanten Aztekenfälle, der beiden Mikrocephalen Sohn, der beiden mikrocephalischen Brüder, von denen MARSHALL einen beschrieb. Ferner erwähnen wir die Mikrocephalen-Geschwister MOEGLI, die vier Mikrocephalen-Brüder der Familie BECKER, die drei Mikrocephalen-Brüder aus Riola (von ALTANA beschrieben), die zwei Mikrocephalen-Brüder, von denen MARRO (67) einen beschrieb; die zwei Mikrocephalen-Schwestern, die kürzlich von RIVA abgebildet wurden (68), die beiden von BESTA (69) beschriebenen Brüder usw.[1]) Bei dem HONZE'schen Fall (70) waren noch verschiedene andere Mikrocephalen, sowohl in aufsteigender Linie als in der Familie überhaupt vertreten. Bemerkenswert ist, daß einige aus dieser Verkettung der Umstände den Beweis zogen, daß die Mikrocephalie durch einen plötzlichen ungewöhnlichen Druck auf den Schädel des Fötus während der Schwangerschaft entstehe. In dem Fall der vier BECKER'schen Mikrocephalen wurde sogar hervorgehoben, daß die anderen von der zweiten Frau geborenen Kinder alle eine normale Schädelbildung und geistige Defekte aufwiesen, während die Kinder der ersten Frau alle normal beanlagt waren. MINGAZZINI (I) wendet dagegen ein, daß sogar bei Zwillingsgeburten ein Mikrocephale und ein normales Kind zur Welt gekommen seien. Gegen diejenigen, die zu beweisen suchten, daß die Mikrocephalie degenerativen und nicht pathologischen Ursprungs sei, tritt nun wieder PELIZZI in seiner Arbeit über den durch Meningitis entstehenden Blödsinn auf. Er wendet ein, daß von den vier BECKER'schen Mikrocephalen einer hydrocephal war, und daß die drei Brüder aus Riola einen Bruder besaßen, der an Blödsinn

[1]) 3 Geschwister Geis. Anm. von W.

mit Hemiplegie litt. Es erscheint daher wahrscheinlicher, daß jedes Familienglied von einer Krankheit betroffen worden ist.

Unser Fall wies hingegen eine langjährige erbliche Belastung auf. Dies stimmt mit der Ansicht von wie FREUND, GANGHOFNER, TANZI usw. überein. Dieselben betonen mit Nachdruck das Schwergewicht neuropsychopathischer Vererbung, bei den degenerativen Formen. Hingegen scheint sich die Seltenheit des Auftretens besagter Vererbung bei cerebroplegischen Formen noch nicht in der Weise zu bestätigen, wie dieselben Verfasser das behaupten. Es ist bekannt, daß FUCHS (71) unter 49 Fällen von Cerebroplegia infantile nur sechs ausfindig machen konnte, bei denen die neuropsychopathische Vererbung fehlte. Und MAGNANIMI (72) sowohl wie DE SANCTIS sind derselben Vererbung nur zum fünften Teil seltener begegnet, wie bei der anderen Form. PELLIZZI ist mit letzteren darin der gleichen Meinung. Er hält dafür, daß die erbliche Belastung bei den pathologischen Formen gewöhnlich weniger schwer ausfalle und häufig allerdings durch Alkoholismus dargestellt werde. In den bioplegischen Formen hingegen äußere sie sich mit Vorliebe durch regelrechten Wahnsinn und Epilepsie. Das Fehlen grober Krankheitserscheinungen, wie auch bei unserm Objekt, das lediglich ein leichtes Schielen aufwies, ist gleichfalls aufgestellt worden, um die Evolutionsformen von den pathologischen zu unterscheiden. Aber in seinen angeführten Arbeiten führt PELLIZZI den Beweis, daß solch Unterscheidungsmerkmal nicht ausreicht; er sagt, daß, wenn alle diese Fälle, bei denen Erscheinungen von Krankheit grober Art fehlen (Reste entzündlicher Prozesse, Gefäß- und Hirnhaut-Alterationen usw.), auf Agenesien zurückgeführt werden, so liefert das eben den Beweis, daß bei einigen ursächliche Störungen vorhanden sind. Die Beobachtungen MYA's und LEVI's (73), DONAGGIO's (74) und FINIZIO's (75) müssen hier besonders hervorgehoben werden. Dieselben beschrieben Formen von Diplegia spastica, die mit einem einfachen Entwicklungsstillstand der Hirnrinde verknüpft waren. Ferner sind zu nennen die Fälle amaurotischer Idiotie von TAY, SACHS (76) mit Erscheinungen von Paralysis. Schließlich noch die von GAVAZZENI (77), PELLIZZI (78) u. a. beschriebenen Fälle hypertrophischer Sklerose.

Nun kommen wir zu den physischen Kennzeichen an unserm Objekte. Aus den langen und zahlreichen Beobachtungen ergibt sich deutlich:

a) Eine Beschränkung des Vorstellungsvermögens auf die einfachsten Gegenstände, Personen und Handlungen in gewohnter Um-

gebung. Und zwar nicht nur auf die zur sofortigen Befriedigung physiologischer Bedürfnisse unerläßlichen, sondern auch auf andere mit der Fähigkeit, sich dieselben nach Anhören der sich auf sie beziehenden Worte wieder ins Gedächtnis zurückzurufen.

b) Eine relativ feine Ausbildung der Sinne, vermittels derer es gelang, dem Objekt mit Spezialmethoden den Unterschied zwischen zwei, nicht sehr voneinander abweichenden Abstufungen derselben sinnlichen Gattung beizubringen.

c) Eine Beschränkung des Gedächtnisvermögens, durch die die neugemachten Erfahrungen fast umgehend wieder vergessen wurden, und nur die tausendfach wiederholten behalten wurden. Letzteres geschah gewöhnlich unter der Form eines Wiedererkennens der Einzelvorführungen; selten hingegen trat die Möglichkeit ein, daß zwei oder mehrere Vorführungen, die früher zusammen stattgefunden hatten, durch ihre wechselseitigen Beziehungen zueinander das Gedächtnis zu wecken vermochten.

d) Ein engbegrenztes Abstraktionsvermögen. Es gelang ihr kaum, Beziehungen zwischen räumlichen und chromatischen Eigenschaften wiederzuerkennen, auch nicht solche, die mit der Befriedigung instinktiver Bedürfnisse zusammenhingen, selbst wenn man sie ihr dadurch klar zu machen suchte, daß man ihr alle die Gegenstände zusammen vorführte, die diese Werte und Eigenschaften besaßen.

e) Eine bescheidene Fähigkeit, sich des Vorstellungsvermögens zu bedienen. Sie fand sich leicht zurecht und erlag keinen groben Täuschungen. Sie vermochte die ihr bekannten Gegenstände aus Bildern und unter Bedingungen wiederzuerkennen, die das Erkennen erschwerten.

f) Eine geringe Suggestionsbefähigung. Wenn eine Erzählung ihr nicht klar erschien, machte die Patientin, weit davon entfernt, der Suggestion zu unterliegen, Gebärden des Erstaunens, Verwundertseins oder des Scherzes. Beharrte man aber dabei, so machte sie irgend eine stereotype Bewegung, wie sie ein normaler Mensch macht, der etwas nicht verstanden hat und nun eine unbestimmte Äußerung von sich gibt.

g) Vollständiger Mangel artikulierter Sprache, hingegen die Fähigkeit, sich durch Gebärden verständlich zu machen.

h) Automatische Gedankenverbindungen. Dieselben beschränken sich jedoch auf die Anregung gewöhnlicher Handlungen, die sich auf die vorgeführten bekannten Gegenstände beziehen. Werden neue Gegenstände vorgeführt, so erwacht die Erinnerung an die

ihnen gleichenden und die sich daran knüpfenden Handlungen, oder sie löst stereotype Bewegungen aus.

i) Erfindungsgabe gleich Null, das Kind vermag nur getreu nachzuahmen.

k) Leicht geweckte und rasch erschöpfte Aufmerksamkeit. Bei Gegenständen von ausgesprochenem Wert vermochte man dieselbe länger, wenn auch nicht ohne mehrfaches Abschweifen zu fesseln.

l) Die Inkohärenz richtet sich nach den momentanen physiologischen Bedürfnissen und den neu auf das Objekt einwirkenden Reizen.

m) Neigung zu guter Laune, und rascher Trübung derselben. Gemütsbewegungen gehen nicht tief, sind von kurzer Dauer und hinterlassen keine Spuren.

n) Entwicklungsstillstand der Gefühle, die sich alle schnell erschöpfen und durch einfache mündliche Suggestion schwer wachzurufen sind. Die intellektuellen Empfindungen gehen nicht über das Maß einer gewissen Neugierde hinaus. Vollständiger Mangel an Zuneigungs-, Sozial- und Religionsempfindungen. Selten auftretende Äußerungen von Selbstsucht. Wenig Verständnis für Respekt. Leichte Angstempfindungen. Elementare Schönheitsbegriffe. Starke, aber flüchtig haftende Eigentumsbegriffe; das gleiche gilt für Nachahmungsbestrebungen.

In welche Gattung von Phrenasthesie gehört nun unser Fall? Die Antwort ist schwer zu geben, schon deshalb, weil wir für Phrenasthesien noch keine genügende Klassifikation besitzen. So wenig wie das letzte Wort über die erbliche Belastung, die Pathogenesis die pathologische Anatomie bisher gesprochen worden ist, so wenig ist es bis jetzt gelungen, die verschiedenen Typen voneinander zu trennen. Viele erblickten in denselben nur Abstufungen der verschiedensten Entartungen. Der von Seguin gemachte Unterschied zwischen Schwachsinnigen und später erkrankten Blödsinnigen hat sich in der Praxis nicht als durchführbar erwiesen, und noch weniger der Sollier'sche, obgleich letzterer den Schwachsinnigen mittelst einer umständlichen Analyse vom Blödsinnigen zu trennen versuchte. Nachdem de Sanctis (79) erst kürzlich die ganze Literatur über diesen Punkt durchforscht hat, versuchte er es mit einer neuen Klassifikation, und unterschied: den blödsinnigen, den schwachsinnigen, den „tipo vesamico“, den epileptischen und den infantilen Typus. Doch verhehlte er sich nicht, wie schwer es sein werde, alle Objekte in die eine oder andere typische Gattung einzureihen. Auch andere, die diese Theorie anzunehmen versuchten, fanden sie noch

ergänzungsbedürftig. So fügte LOMBROSO in einer Rezension (80) noch den Typus verfrühter Greisenhaftigkeit mit Sklerose, Impotenz. langsamen Bewegungen usw. hinzu. Die Schwierigkeit, gut abgegrenzte Gruppen auf Grund vorhandener psychischer Symptome zu bilden, liegt vor allem in der unendlichen Kombinationsmannigfaltigkeit der letzteren. Ich selbst habe schon einmal in einem Bericht auf dem pädagogischen Kongreß zu Neapel hervorgehoben (81), wie jeder Phrenastheniker einen Typus für sich darstellt, und wie selten es ist, daß zwei Minderwertige die gleiche Zusammenstellung von seelischen Störungen vorstellen. Nach dem augenblicklichen Stand der Wissenschaft läßt sich hierin weiter nichts tun, als daß man die grundlegenden schweren krankhaften Veränderungen erkennt. und sich dann entscheidet, welche derselben im einzelnen Falle ausschlaggebend sei.

In dem medizinisch-pädagogischen Institut, dem ich vorstehe, zerfallen die Frenastheniker in zwei Gattungen: 1. die, welche eine vollständige, aber unregelmäßige Organisation besitzen; 2. die, welche eine unvollständige Organisation besitzen, sei es nun, weil denselben ein zur Hervorbringung grundlegender psychischer Phänomene unentbehrliches Organ fehlt, oder weil eine zeitweise oder dauernde Erkrankung den Hinderungsgrund dazu bildet. In der ersten Gattung unterscheiden wir wiederum die Typen mit reduzierter Entwicklung, die eine einfachere unternormale Organisation besitzen. Ferner die Typen mit unausgeglichener Entwicklung. Hypertrophien oder Mangel einiger Dispositionen, und schließlich die Typen mit Organisation, in denen Charaktere ausgebildet sind, wie sie nie bisher in der normalen Geschichte der Gattung dagewesen sind. Gewöhnlich sind dieselben unnatürlich. Zur zweiten Gattung rechnen wir zunächst die Typen, in denen sich durch Zerstörungsprozesse im Gehirn die absolute Unfähigkeit ausgebildet hat, gewisse elementare psychische Phänomene hervorzubringen. Ferner gehören hierher diejenigen, denen es infolge von Intoxikation, Rückbildung, Neurosen nicht gelingt, die seelischen Funktionen aneinanderzureihen, und die ein Bild fortwährender oder zeitweiser Störungen des Charakters, der Intelligenz usw. darbieten. (Blödsinnige, Vesanici, Schwache, hysterische und epileptische Charaktere.) Natürlich herrschen die gemischten Formen vor. Die unvollkommenen sind meist auch die unregelmäßigen. Unser Objekt stellt demnach einen typischen Fall vereinfachter Organisation vor.

Für die erzieherischen Ziele sind diese Klassifikationen aller-

dings nicht von Wert. Mit Recht besteht DE SANCTIS auf der Notwendigkeit, außer dem Typus auch den Grad geistiger Minderwertigkeit festzustellen. Wenn man hier nicht zu praktischer Ausübung schreitet, wird man große Schwierigkeiten zu überwinden haben. Die geistige Minderwertigkeit läßt sich nicht durch die verschiedenen Veränderungsgrade ein und desselben Krankheitsvorganges erklären. Zur Intelligenz gehören eine Reihe wunderbarer Vorgänge, wie das Gedächtnis, die Vorstellungsgabe, die Phantasie, das Begreifen, das Orientierungsvermögen, das Bedeuten und Sichverständlichmachen, die Suggestionsfähigkeit, das Unterscheidungsvermögen, die Aufmerksamkeit, das Widerstandsvermögen gegen Müdigkeit usw. Alle diese Eigenschaften verändern sich in den Einzelfällen nie mit gleicher Genauigkeit, und da ihre Veränderung eine so verschiedenartige ist, bringen sie nie dieselben Wirkungen hervor. Viele hegen die Meinung, daß es schon genüge, wenn man eine einzige solche Veranlagung erforsche, um sich einen Begriff von der geistigen Minderwertigkeit einer Person zu machen. Die Literatur ist reich an derartigen Experimenten, die den Geisteszustand feststellen sollen. Da sind solche, die sich mit den Nachforschungen über das Gedächtnis und die mathematischen Fähigkeiten begnügt haben. EBBINGHAUS gelangte dabei durch die Schule zu dem Ergebnis, daß gerade die unbegabtesten Schüler bei Gedächtnisübungen die wenigsten Irrtümer begingen. Er schlug daher die Kombinationsmethode vor. Andere empfahlen wieder die Diktiermethode. Viele blieben beim Erforschen der Aufmerksamkeit stehen usw.[1])

Niemand ist es indessen geglückt mit wenigen Beweisführungen das Charakteristikum der Intelligenz eines Einzelobjekts zu erforschen. Bis wir nicht bessere Methoden ausfindig gemacht haben, müssen wir uns weiter damit begnügen, die Einzelveranlagungen sorgfältig zu ergründen. Man wird begreifen, wie nützlich uns daher die zahlreichen in unserm medizinisch-pädagogischen Institut gemachten Erfahrungen sind, wo zahllose Abarten geistiger Minderwertigkeit vorkommen, die für die allgemeinen und speziellen Erziehungssysteme nicht alle gleichmäßig unzugänglich sind. Zu-

---

[1]) Über die hierauf bezügliche Literatur siehe DE SANCTIS, 11. Kongreß der Società freniatrica italiana (Reggio Emilia, 1902), die letzten Bände des Année psychologique von BINET, ferner A. LEY, l'Arrieration mentale, Brüssel 1904. ferner PATINI, I metodi di psicometria pedagogica in ordine al tema di sovraccarico mentale nella scuola Annali di Nevrologia, 23. J., 6. Bd., 1905.

nächst gilt es, sich über das Vorstellungsvermögen klar zu werden das der Patient sich in seiner Umgebung zu erwerben vermochte. Dann muß die Probe auf seine Fähigkeit gemacht werden, neue Eindrücke vermittels der allgemeinen oder Speziallehrmethoden in sich aufzunehmen. Schließlich muß erforscht werden, wie weit die Fähigkeit reicht, um sich des erworbenen Vorstellungsvermögens zu bedienen.

Die erste Nachforschung ist um so wirksamer, je mehr das Objekt sich dem Alter nähert, in dem auch solche Normalbeanlagte niederer sozialer Stellung, die die Schule nie besucht haben, ein ausgebreitetes außerhalb der Schule erworbenes Begriffsvermögen besitzen. Könnte man annehmen, daß dies Begriffsvermögen bei allen diesen Personen etwa das nämliche wäre, so gewänne man durch größere oder geringere Reduktion desselben einen wichtigen Anhaltspunkt. Doch ist es nicht wahrscheinlich, daß alle Unwissenden gleich unerziehbar sind. Es gelingt mittels besonderer Methoden und Aushilfsmittel ganz gut, solchen offenbar tiefstehenden Objekten eine ziemliche Menge von Kenntnissen beizubringen. Bei einigen gemeinschaftlich mit Dr. SELVATIKO-ESTENSE (82) über die Kinder unseres Instituts ausgeführten Nachforschungen, haben wir z. B. festgestellt, daß sich einige derselben, die auf den ersten Blick keine Unterschiede zeigten, mit Spezialmethoden sehr gut so weit erziehen ließen, daß sie auch kleine Unterschiede derselben sinnlichen Gattung zu erfassen vermochten. Prüft man nun die Fähigkeit, sich des Begriffsvermögens praktisch zu bedienen, so findet man, daß nicht alle gleich unfähig sind, neue gemachte Erfahrungen wiederzuerkennen, und sich mit demselben zurechtzufinden. Nicht alle unterliegen Täuschungen und Suggestionen mit gleicher Leichtigkeit. Auch ist das Vermögen nicht immer das gleiche, eigene und innere Gemütszustände klar und deutlich auszudrücken und zu beschreiben. Ebensowenig gelingen Gedächtnisphantasieübungen oder Begriffsbestimmungen immer gleichmäßig gut usw. So ergeben sich zahlreiche verschiedenartige Typen. Da gibt es solche, welche außerhalb der Schule ein übernormales Begriffsvermögen erworben haben und sich dennoch den Schulmethoden gegenüber als sprödes Material erweisen (auch BINET und SIMON heben diese Tatsache hervor). Dieselben leiden meist an der Unmöglichkeit, ihre Aufmerksamkeit dauernd der methodischen Arbeitsweise zuzuwenden, wie sie die Schule verlangt. Andere wieder, welche sich im gewöhnlichen Leben ganz unwissend zeigen, kommen in der Schule gut vorwärts, weil sie dort eine Anleitung haben. Dies bewahr-

heitet sich gewöhnlich bei den schwachen Typen, denen es an Initiative und raschem Entschluß zum Handeln fehlt, die aber gern dem Einfluß anderer nachgeben. Ferner sind da die leicht zerstreuten Charaktere zu nennen, die aber in den Augenblicken, wo sie aufmerksam sind, viel profitieren können. Andererseits wieder die Schwerfälligen und die mit ganz geteilten Anlagen. Dann gibt es wieder welche, die leicht lernen, und die gemachten Erfahrungen schnell wieder vergessen. Andere wieder, die ein beschränktes Begriffsvermögen besitzen, erweisen sich in praktischen Dingen durchaus fähig und vermögen dieselben sogar aufs geaueste zu erläutern. Noch andere, die ein weitreichendes Begriffsvermögen für geistige Dinge haben, erweisen sich auf praktischem Gebiet unfähig. Hier müssen wir noch die Fälle erwähnen, in denen der gute Zustand der geistigen Funktion hin und her schwankt und schwere Erschlaffungsperioden mit solchen intellektueller, normaler und übernormaler Befähigung wechseln. Hier gedenken wir noch derer, die durch die Arbeit ihrer Phantasie so in Anspruch genommen werden, daß ihre Aufmerksamkeit auf die Umgebung, in der sie leben, stark beeinträchtigt wird. Da sind noch zu nennen, die Zögernden, die leicht Erschöpften, die Stumpfsinnigen, die Lebhaften, die Launenhaften, die Phantasievollen usw. Bei unserem Kinde muß man sich darüber Rechenschaft geben, daß dasselbe, trotz der engen Begrenzung seines aus eigenem Antrieb erworbenen Begriffsvermögens, eine verhältnismäßig große Leichtigkeit zum Lernen besaß, wenn man besondere auf Erziehung der Sinne gerichtete Methoden anwandte. Wenn das Kind auch mit gleicher Leichtigkeit die nicht wieder angewandten Kenntnisse vergaß, so besaß es doch eine mehr als bescheidene Fähigkeit, ja ich möchte sagen, wirklichen Scharfsinn, wenn es das erworbene Begriffsvermögen nutzbar machen wollte.

Stellt man nun diese psychologischen Ergebnisse den anatomischen gegenüber, so entsteht die Frage: Welchen Beitrag liefert unser Fall zu dem schwierigen Streitpunkt der funktionellen Lokalisation des Gehirns? Das Fehlen der artikulierten Sprache in Verbindung mit dem Fehlen der 3. Stirnwindung und der Windungen der Insula scheint die Hypothese von Broca über Aufgaben dieser Region zu bestätigen, obgleich diese Hypothese neuerdings durch Marie (84) angefochten wird. Die Verkümmerung des Frontallappens und die spärliche Markbildung im hinteren Teile der Frontalwindungen würde ferner die Ansichten von Bianchi, Flechsig usw. bestätigen, da letztere auf diese Region als den Sitz der höchsten Intelligenz, der Fähigkeit zu abstrahieren und zu verallgemeinern

den Hauptwert legen. Dennoch dürfen wir nicht vergessen, daß in unserm Fall noch zahlreiche andere krankhafte Veränderungen vorlagen, und da nicht nur der Frontallappen mangelhaft ausgefallen war, wäre es gewagt, der Anomalie des letzteren allein die nachgewiesenen psychischen Störungen zur Last zu legen. Wenn wir ferner bedenken, daß der Wert des Lobus frontalis-Areals in andern Fällen ein viel größerer war, als in dem unsrigen, und daß daselbst bald die eine, bald die andere krankhafte, bei uns vorhandene Veränderung fehlte, so bleibt nur der allgemeine Einfluß, den die Verminderung der spezifischen Zellenelemente ausübt, da letzterer sich fortwährend in den verschiedenen Fällen wiederholt. Noch eine Tatsache verdient Erwähnung: nämlich der ausgezeichnete Zustand in dem sich das Sehvermögen unseres Falles befand. Das Kind war imstande sogar seine Farbenabstufungen zu unterscheiden, trotzdem die Stria Gennarii im Hinterhauptlappen vollständig fehlte. Dies Zusammentreffen ist sicher nicht günstig für die Hypothesen, daß diese Stria für das Sehfeld unentbehrlich sei. Höchstens dürfte sie dazu dienen, die Wahrnehmungen des Gesehenen mit denen der anderen Sinne zu verknüpfen. So scheint ferner das Vorhandensein eines guten Sehvermögens, verbunden mit dem Mangel eines occipitalen Areals beider Hemisphären, die Henschen'sche Ansicht zu bestätigen. Letzterer behauptet nämlich, daß die Netzhaut sich nur in der Calcarinarinde projiziere. Dies steht im Gegensatz zu dem Monakow'schen Lehrsatz.

Man darf dabei aber nicht vergessen, daß Monakow die Sehsphäre über den Lobus occipitalis ausdehnt und die Projektion der makularen Fasern bis zum Gyrus angularis annimmt.

Am Schluß dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Professor Mingazzini meinen lebhaftesten Dank auszusprechen, der mir mit Rat und Tat bei den Studien des Gehirns zur Seite stand. Den gleichen Dank widme ich auch Herrn Giuffrida Ruggeri, der mir bei der Erforschung des Skeletts behülflich war.

Literatur.

1. Giacomini, Una microcefala. Osservazioni anatomiche e antropologiche. Torino id Contributo allo studio della microcefalia. Atti della R. Accademia Medica di Torino. Vol. VI. id. I cervelli dei microcefali. Giornale delle R. Accademia di Medicina di Torino, 1891, Ag. e seg.
2. Tomaschewsky, Zur Pathologie des Idiotismus. Russ. Wjestnik Psych. Vol. VI. 1889.
3. Brissaud, Maladie de Little et tabe spasmatique. Sémaine méd. 1834.
4. Freud, Die infantile Cerebrallähmung. Wien, A. Hölder, 1897.
5. König, Deut. Zeitsch. f. Nerv., Bd. XII, H. 3, 4, 1897, Bd. XIII, H. 1, 2, 1898.
   — Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1900.
6. Ireland, The mental ecc. Edinburg 1898.
7. Schuttleworth e Heckter Beach, XIII. Congrès Intern. de Medicine, Paris, 2—7 Aout, 1900.
8. Tanzi, E., Sui rapporti della cerebroplegia infantile con l'idiozia. Riv. di Pat. Nerv. e Ment., 1899, fasc. 1.
   — Trattato di Psichiatria, 1904.
9. De Sanctis, Atti dell' XI. Congresso della Società Freniatrica, Reggio Emilia, 1902.
10. Sollier, Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, 1901.
11. Ganghofner, Zeitschr. f. Heilk., XIII. Bd., 1896.
12. Pellizzi, Dell' eredità e di alcuni sintomi clinici in rapports alla patogenesi della frenastenie. Annali di Freniatria, Vol. XIII, 1903.
13. Mingazzini, Il cervello in rapporto con i fenomeni psichici. Tratelli Bocca, 1895.
14. Stark, Mikrocephalie, fötale Encephalitis und amyloide Gehirndegeneration. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 32, p. 261, 1875.
15. Rüdinger, Ein Beitrag zur Anatomie des Sprachzentrums. Jubiläumsschrift für Bischoff, Stuttgart 1882; Mitteilungen über einige mikrocephale Gehirne, München. med. Wochenschr., 1886, Nr. 10.
16. Wagner, cit. Mingazzini 13.
17. Pfleger und Pilcz, Beiträge zur Lehre von der Mikrocephalie. Arbeiten v. Obersteiner, 5. Heft, 1897.
18. Pellizzi, Delle idiozie meningitiche. Vol. XXXI, fasc. III e IV.
19. Probst, M., Zur Lehre von der Mikrocephalie und Mikrogyrie. Arch. f. Psych. und Nervenk., 38 Bd., 1. Heft, S. 67, 1904.

20. Cunningham and Smith, The brain of the microcephalic idiot. Transactions of the R. Dublin Society, vol. V, s. II.
21. Marshall, On the brain of a Bushwomann and on the Brains etc. Philosoph. Trans. Vol. 154, f. 1864, Pl. 21—22, London 1865.
22. Leuret et Gratiolet, Anat. comp. du syst. nerv. 1839—1857.
23. Voisin, Cit. de Pellizzi 32.
24. Funajoli, Contributo allo studio della microcefalia pura. Siena 1898.
25. Mingazzini, Beitrag zum klinisch-anatomischen Studium der Mikrocephalie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. VII, Heft 6.
26. Fletcher-Beach, The morphological and histological Aspects of Microcephalie and Cretinoid Idiocy. Transaction of the international medical Congress London. Vol. III, Sez. VIII, pag. 615—631, und The Journal of mental Science 1882.
27. Hammarberg, Carl, Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie nebst Untersuchungen über die normale Anatomie der Hirnrinde. Upsala 1895.
28. Cit. Pellizzi 32.
29. Scarpatetti, Zwei Fälle frühzeitiger Erkrankung des Zentralnervensystems: a) Multiple tuberöse Sklerose des Gehirns; b) Mikrocephalia vera (Giacomini). Arch. f. Psych. Bd. XXX, 1898, S. 537.
30. Betz, Cit. Mingazzini 25.
31. Pilcz, A., Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Mikrocephalie nebst zusammenfassendem Berichte über die Erfolge der Craniotomie b. d. Mikrocephalie. Jahrb. f. Psych. u. Neur., XVIII. Bd. 3. H., 1899.
32. Pellizzi, G. B., Note anatomiche ed istologiche sopra un caso di microcefalia vera ed un caso d'idrocefalo interno congenito. Annali di Frematria, Vol. XIII pag. 193, 1903.
33. Monakow, V., Über einen Fall von Mikrocephalie mit Sektionsbefund. Sitzungsber. Arch. f. Psych., Bd. 31, 3. H.
34. Mierzejewski, XII. Congres International de Medicine Section de Psychiatrie. Séance du 4 Août 1900.
35. Matell, Ein Fall von Heterotopie der grauen Substanz, Archiv f. Psych., XXV. Bd., 1. Heft.
36. Meine, Ein Beitrag zur Lehre von der echten Heterotopie grauer Hirnsubstanz, Arch. f. Psych., XXX. Bd., 2. Heft.
37. Chiari, H., Über einen Fall von Mikrogyrie bei einem 13 monatigen Knaben. Jahrb. f. Kinderheilk., Neue Folge, Bd. 14, p. 21, f. 1879. — Mikrocephalie bei einem 6 jährigen Mädchen. Jahrb. f. Kinderkrankheiten, Bd. XV, S. 323, 1880.
38. Van Andel, Een microcephal of zoogenaamd aapmensch, Tijdsschr. v. Geneesk, 1873, 2. Aufl.
39. Mierzejewski, Cit. Mingazzini und Compte vendu du Congrès international de medécine mentale de 1878 Paris (p. 215).
40. Zevi, A., Sopra un fascio anomalo unilaterale del bulbo umano (fasciculus anomalus Henlei). Richerche fatte nel laboratorio di Anatomia Normale della R. Università di Roma, fasc. 3, c. 4, 1894.
41. Giannuli, J., Contributo allo studio clinico ed anatomico della meningite cerebro-spinale. Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. XXIII, fasc. IV, 1897.

42. Mingazzini, G., Intorno alla fine anatomia del Nucleus arciformis. Atti della R. Accademia di Medico di Roma 1889.
43. Volpi Ghirardini, G., Über die Nuclei arciformes der Medulla oblongata und über akzessorische Nebenoliven in derselben. Neurol. Zentralbl. Nr. 5, 1905, p. 196.
44. Theile, Beitrag zur Lehre von der Mikrocephalie. Schmidts Jahrb. 1876, vol. CLXIX, p. 95—104.
45. Bischoff, Anatom. Beschreibung eines mikrocephalen 8 j. Mädchens, k. bayr. Akad. d. W., II. Aufl., XI. Bd., II. Abt., 1873.
46. Aeby, Beiträge zur Kenntnis der Mikrocephalie. Arch. f. Anthr. Bd. VI. — Ein vierjähriger mikrocephaler Knabe mit teilweiser Verschmelzung der Großhirnhemisphären. Virchow's Archiv, Bd. 77, 1879.
47. Gretschnikoff, A., Über den Bau des Rückenmarkes bei Mikrocephalen. Archiv f. Psych., Bd. XVII, S. 648.
48. Anton, Über angeborene Erkrankung usw. Wiener Sammlung med. Schriften, Bd. XV.
49. Solowtzoff, N., Sur les difformités congenitales du cerveau dans leurs rapports avec l'état des cellules nerveuses de la moelle. Nouv. Icon. de la Salpetrière, 1898, pag. 185.
50. Zappert, J., und Hitschmann, J., Über eine ungewöhnliche Form des angeborenen Hydrocephalus. Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurologie, fasc. 1—2, 1899.
51. De Sanctis, S., L'idromicrocefalia. Annali di Neurologia, Anno XVIII, fasc. IV. Napoli 1900.
52. Tambroni R. e D'Ormea, A., Sopra un caso di microcefalia vera, Giornale di Psichiatria Clinico, A. XXXII, fasc. III e IV, 1904.
53. Sperino G. e Bovero, A., Su la sutura metopica basilare e frontale basilare nel cranio umano. Estr. del giornale della 81. Accademia di Medicina di Torino, 1896, No. 3.
54. Staurenghi, Sutura metopica basilare in un deliquente. Società Medico-Chirurgica di Pavia 15. luglio 1898.
55. Giuffrida Ruggeri, V., Proposta d'uno studio delle ramificazioni dell' arteria meningea media. Riv. Sperim. di Treniatria. Atti dell' XI. Congreeso, Genova 1904.
56. Mingazzini und Ferraresi, Gehirn und Schädel einer Mikrocephalin. Moleschott's Untersuchungen, Bd. XIV, H. 7, 1888.
57. Giuffrida Ruggeri, V., Un cranio acrocefalio, Atti della Società Roma na d'Antropologia, Vol. XI, fasc. 11.
58. Humphrey, Cit. Mingazzini 25.
59. Giuffrida Ruggeri, V., Terzo contributo antropologia fisica dei siculi. Atti della Soc. Rom. di Antr., vol. XI, fascic. 1. 1905.
60. Topinard, Éléments d'Anthropologie générale, p. 1045, Paris 1885.
61. Rollet, De la misuration les os longs des membres dans ses rapports avec l'anthropologie la clinique et la médecine judiciaire. Lyon 1889.
62. Hansemann, Zwei Fälle von Mikrocephalie mit Rachitis. Stuttgart, Bibl. med. Abt. 3, H. II.
63. Cassel, Was lehrt die Untersuchung der geistig minderwertigen Schulkinder im IX. Berliner Schulkreise. Berlin 1901.

64. Doll, Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für Schwachsinnige Kinder zu Karlsruhe. Karlsruhe, Macklot 1902.
65. Renoult, P. L., Rapports de l'idiotie etc. Thèse médic. Paris 1902.
66. Ley, Dr. Aug., L'arriération mentale. Bruxelles 1904.
67. Marro, A., Idiota microcefalo, Atti della Società Romana di Antropologia, vol. IX, fasc. III, 1903, pag. 267.
68. Riva, E., Idiozia cerebroplegica famigliare e microcefalica. Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona, Anno III.
69. Bestz, Dr. O., Due idioti microcefali. Riv. Sperim. di Freniatria, Vol. XXX, Fasc. IV, 1904.
70. Houzé, Un cas intéressant de microcéphalie. Bull. et Mém. de la Soc. d'Anthr. de Bruxelles, 1904, Tome XXI.
71. Fuchs, Beobachtungen von hemi- und diplegischen infantilen Cerebrallähmungen. Jahrb. f. Psych. u. Neur., 1900, 1. Heft.
72. Magnanimi, Contributo alla conoscenza della eziologia della frenastenia. Boll. Soc. Lanc. di Roma, Anno XXII, fasc. 1, 1902.
73. Mya e Levi, Studio clinico e anatomico in un caso di morbo di Little. Riv. di Pat. Nerv. e Ment., 1896, fasc. 11.
74. Donaggio, Idiozia e rigidità spastica congenita E. Spe. di Freniatria. Vol. XXVII, fasc. III e IV, 1901.
75. Finizio, Diplegia spastica congenita da agenesia corticale, La Pediatria, 1901, No. 1.
76. Sachs, B., Die amaurotische familiäre Idiotie. Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 3, 1898.
77. Garazzeni, Un caso di sclerosi tuberosa ipertrofica della corteccio cerebrale con idiozia. Arch. di Psich. e Scienze Penali 1902. Archivio per le scienze mediche fasc. 2, 1902.
78. Pellizzi, Archivio di Psichiatria, 1900.
79. De Sanctis, S., Tipi e gradi d'insufficienze mentale. Annali di Nevrologia, Anno XXIV, fasc. 1. Napoli 1906.
80. Lombroso, Archivio di Psichiatria etc. Vol. XXVI, pag. 685.
81. Montesano, G., Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi d'educazione. Relazione al 11. Congresso Ped. Naz., Atti del Comitato Ordination del Congresso. Napoli 1902.
82. Montesano G. e Selvatico Estense, B. G., Rapporti fra i caratteri anomali somatici e l'educabilità dei sensi nei deficienti, Arch. Psich. Med. Leg. e Antrop. crim., Vol. XXVII, 1906.
83. Binet et Simon, Méthodes Nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel del anormaux, Année Psychologique, Vol. XI, 1905.
84. Marie, P., Revisione della quistione dell' afasia ecc. Semaine Médicale 23. Maggio 1906.

Besprechungen.

Alwin Schenk, Die soziale Bedeutung der Hilfsschu e. Eos, III. Jahrg., Heft 1, 1907.

A. führt eine fünffache soziale Bedeutung der Hilfsschule an: 1. hat dieselbe erst gezeigt, wie groß die Zahl der Hilfsbedürftigen ist, die durch eine Sondererziehung noch Förderung finden können; 2. kann sie Anregung schaffen zu einer Hygiene des menschlichen Seelenlebens, die neben der körperlichen Pflege und Bekämpfung des Alkohols, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten eine Hebung des Volksglückes anbahnen soll; 3. beeinflußt sie die Beurteilung minderwertiger Elemente im Heere auf ihre geistige Beschaffenheit, wodurch vielen Soldatenmißhandlungen entgegengewirkt wird; 4. auf dem Gebiete des Rechtes in der Beurteilung des Verbrechers, der sich zu 30—40 Proz., ja noch mehr aus geistig Minderwertigen rekrutiert; daher wird 5. durch eine zielbewußte Erziehung der geistig Minderwertigen das Verbrechen verhütet.

M. U. Dr. HERFORT.

Med.-Rat Direktor Dr. **Kreuser** (Winnenthal), Die Zeugnisfähigkeit der Schwachsinnigen. Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger u. Epileptischer, Dez. 1906, Nr. 12.

Verfasser führt aus, daß in den Aussagen Schwachsinniger eine zuverlässige Stütze der Wahrheit nicht erblickt werden darf. Er betont, daß der Schwachsinn als eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit scharf zu trennen ist von der unvollständigen geistigen Reife, da die Entwicklungsstörungen, die zum Schwachsinn führen, die verschiedenen Seiten des geistigen Lebens bei den einzelnen Individuen recht ungleichmäßig befallen.

Durch die erschwerte Auffassung leidet die Vollständigkeit der Wahrnehmungen, die Einprägung ins Gedächtnis und das richtige Verhältnis der einzelnen Wahrnehmungen zueinander, sowie zu anderweitigen Erfahrungen.

Der Schwachsinnige erhält von vielem keinen Eindruck, er kann auch nicht kritisch scheiden. Der Geistesschwache bringt alle Wahrnehmungen in Beziehung zur eigenen Person, wodurch diese in der Erinnerung verzerrt werden, dabei ist er durch dritte Personen äußerst beeinflußbar. Nicht zu vergessen ist auch die vielen Schwachsinnigen eigene Lust am Lügen; besondere Vorsicht ist nötig, wenn es sich um eine sexuelle Frage handelt. Zu bedenken ist auch, daß dem Geistesschwachen die Empfindung fehlt für den Schaden, den er durch eine falsche Aussage einem anderen zufügt. Verfasser fordert schließlich zur Prüfung der Frage der Zeugnisfähigkeit an einem größeren Krankenmaterial auf.

Dr. HOPF-Potsdam.

Thiemich, Über die Entwicklung eklamptischer Säuglinge in der späteren Kindheit. Ctbl. f. Nervenhk. u. Ps., 1906, p. 915.

Th. hat sich bemüht, eklamptische Säuglinge in späteren Jahren zu verfolgen. 54 Fälle, von denen 53 als rein zu betrachten sind, sind bis ins 8. und 9. Jahr (einige etwas weiter) verfolgt worden. Die Kinder sind, wie Verf. richtig sagt, nicht alt genug, um den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Eklampsie zu eruieren. Dagegen ergab sich, daß 18 normal begabt, 21 schwach begabt waren, bei 14 ist die Sache unsicher. Völlig nervengesund, frei von intellektuellen und neuropathischen Störungen blieb nur ein Drittel. Die Prognose der Eklampsie für das spätere Leben hängt wesentlich ab von den hereditären Verhältnissen, besonders gravierend ist die Spasmophilie der Eltern in ihrer eigenen Kindheit. „Das Kind, das nach überstandener Eklampsie eine gestörte Entwicklung zeigt, ist von Haus aus abnorm.“ H. VOGT.

Weygandt, Über den Stand der Idiotenfürsorge in Deutschland. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 3.

Verf. berichtet über die im Jahre 1905/6 auf dem genannten Gebiet stattgehabten Änderungen, sowie über den Gesamtstatus, der sich für 1907 aus diesen Änderungen ergibt. Der Artikel setzt also gewissermaßen das bekannte Dresdener Referat fort. Gesamtzahl der Anstalten 108, davon die Hälfte unter theologischem Einfluß. Öffentliche Anstalten sind es 21, ärztlich geleitete nur 15. Die Statistik ist natürlich sehr erschwert. Es ergibt sich, daß von insgesamt rund 23000 Insassen nur 8000 arbeitsfähig sind, 5000 werden unterrichtet. Daneben besuchen ca. 17000 Kinder die öffentlichen Hilfsschulen. Es wird auf die im Gebiet der Schwachsinnigenfürsorge bestehenden großen Mängel der Organisation der Anstalten (im Gegensatz zur Irrenfürsorge) hingewiesen und mit Nachdruck erneut die bereits in Dresden formulierte Forderung gestellt: Verstaatlichung der Anstalten und Stellung unter ärztliche Leitung. Der auf dem Gebiete durch seine ausgedehnten Erfahrungen bekannte Verfasser weist aus den Reglements einzelner Anstalten, aus den Statistiken usw. auf einige deutliche Beispiele hin, die die Notwendigkeit ärztlicher, d. i. sachkundiger Oberleitung schlagend illustrieren. Die Gründung des Alterheims bei der Idsteiner Anstalt (für ältere Idioten) zeigt, daß es den Nichtärzten gar nicht ernst ist mit ihrer Behauptung, sie beanspruchen die Fürsorge für die Idioten nur, soweit diese bildungsfähig sind. Verf. nimmt weiterhin Stellung zu der bekannten Denkschrift der sogenannten „Vereinigung deutscher Anstalten für Idioten und Epileptische“. Es kann nicht oft genug betont werden, daß diese Titelbezeichnung, da die besten, d. i. die ärztlichen Anstalten in der Vereinigung tatsächlich nicht inbegriffen sind, eine unrichtige Darstellung enthält. Verf. hebt die Bemühungen um die Angelegenheit von ärztlicher Seite während 1906 hervor: der Gießener Kurs usw., ferner wird die Eröffnung der Anstalt Chemnitz-Altendorf besprochen, sowie auf drei weitere wichtige Schritte, die ärztlicherseits inauguriert sind, hingewiesen: die Familienpflege für Schwachsinnige, die Idiotenabteilung bei der Münchener psychiatrischen Klinik und das psychologische Hilfsschullaboratorium in Budapest.

H. VOGT.

P. Kovalesky. Type Mongol de l'Idiotie. Annales médico-psychologiques, 1906, Nov. Dez.

In Rußland sind 10 % der Idioten mongoloid. Noch höher ist die Ziffer in Gegenden mit viel tartarischer Bevölkerung. Vor allem bei mangelhaft entwickelten Organismen kommt der Typus vor; die Stufe geistiger Entwicklung ist stets sehr niedrig. WEYGANDT.

Nowotny, Untersuchungsrichter in Krakau. Der Kretin als Raubmörder und Fetischist, Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik, Band XXIII, 1906.

Ein Schwachsinniger hatte eine Frau getötet; 2 Gerichtsärzte bezeichneten ihn als zurechnungsfähig, ein Psychiater begutachtete ihn als unzurechnungsfähig und internierungsbedürftig, worauf Exkulpierung erfolgte. Der Täter zeigte auch Kleiderfetischismus und zerriß die gestohlenen Weiberkleider, nachdem er sie sur Masturbation verwandt hatte. Fraglich erscheint dem Ref., ob es sich um echten, thyreogenen Kretinismus gehandelt hat. WEYGANDT.

Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Mit 16 farbigen Tafeln. Leipzig, J. A. Barth, 1906. 418 S., 15 M.

Die Landstreicher müssen auch den Leser dieser Zeitschrift interessieren, da unter ihnen viele pathologische Individuen, und zwar neben Alkoholikern auch in jugendlichem Alter Erkrankte, vor allem Fälle von Epilepsie, Imbecillität und Dementia praecox vorkommen. Der letzteren Gruppe hat W. eine ungemein eingehende Studie gewidmet. Durch gründliche Erhebungen hat er das Vorleben festgestellt und auf das genaueste wurde das Verhalten in Klinik, Strafanstalt und Arbeiterkolonie, sowie die Lebensweise nach der Entlassung dargelegt; vor allem auch die Strafregister wurden herangezogen. Auf Farbentafeln sind die wechselnden Aufenthaltsplätze der Landstreicher graphisch dargestellt, insbesondere die im Gefängnis, Arbeits- und Irrenhaus zugebrachte Zeit. Der Begriff der Dementia praecox ist möglichst weit gefaßt. Von den 52 genau, z. T. auch im Arbeitshaus beobachteten Fällen zeigte eine Gruppe als Endstadium hochgradigen Blödsinn mit katatonischen Symptomen, eine andere zeigte schwere Defektzustände, eine weitere dagegen leichtere Demenz als Ausgang. Ausführlich werden Herkunft, Veranlagung und Lebensführung besprochen, darauf der Einfluß der Dementia praecox auf die Lebensführung, weiterhin die Kriminalität der Kranken und schließlich die Frage einer Verkennung der Geistesstörung.

Für jede weitere Forschung auf diesem Gebiet wird das Werk grundlegende Bedeutung haben. WEYGANDT.

Hans Ostwald, Die Landstreicher. In der Sammlung „Die Kultur", Berlin 1907. (M. 1,25.)

Mit dem Auge des Schriftstellers sieht und schildert O. die Welt des Landstreichers, die er aus eigener Erfahrung kennt. Sein Buch bildet eine Art Ergänzung zu dem WILMANNS'schen Buch, vor allem einen wirksamen Hinweis darauf, daß sich die große Armee der Landstreicher doch keineswegs immer aus pathologischen Erscheinungen im medizinischen Sinn rekrutiert. Treffende Abbildungen, auch ein Farbenporträt, verdeutlichen den Inhalt.

WEYGANDT.

Seminardirektor Dr. phil. **A. Pabst,** Die Knabenhandarbeit in der heutigen Erziehung. Sammlung Aus Natur und Geisteswelt. 140. Bändchen, B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1907 (1 Mk., geb. 1.25 Mk.)

Die ungemein inhaltreiche Schrift sucht den Handarbeitsunterricht soziologisch und technologisch, psychologisch und pädagogisch zu begründen und gibt Hinweise auf die kulturgeschichtliche Stellung des Faches von COMMENIUS und ROUSSEAU bis auf unsere Zeit. P. geht nicht nur auf den Handarbeitsunterricht im Rahmen der Schule ein, sondern er behandelt auch seine Verwertung für Erziehungsheime, Knabenhorte, Schülerwerkstätten außerhalb der Schule, ferner für die Lehrerseminare und besonders auch für die Hilfsschule. Höchst instruktiv sind die Angaben über die gleichen Bestrebungen im Ausland, vor allem Schweden, Frankreich, England, Nordamerika und Japan. Treffliche Abbildungen erhöhen den Wert des Büchleins. WEYGANDT.

Dr. med. **W. Pfaff,** Die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt, 2. Aufl., München 1906. E. Reinhardt (1,20 Mk.).

Das Buch schildert nach einem Vortrag die schädlichen Wirkungen des Alkohols in anschaulicher, allgemeinverständlicher Art und gelangt zur Forderung völliger Enthaltung, die ja auch für Jugendliche gründlich durchzuführen ist und eigentlich hierbei nicht mehr in Frage stehen sollte. Besonders packend ist das in 12 Thesen formulierte Bekenntnis der Selbstbeobachtungen des Autors über seine gesundheitliche Besserung infolge des Übergangs von mäßigem Trinken zur Abstinenz. WEYGANDT.

Professor **v. Wagner** zeigte in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Sitzung 1. Februar 1907) mikroskopische Präparate von einem mit endemischem Kretinismus behafteten Hunde, den er vor einem Jahre demonstriert hat. Er fand in der Haut: 1. große Menge Mastzellen, 2. zwischen Bindegewebszügen eine sich mit Hämatoxylin färbende Substanz von faserigem oder netzförmigem Bau, ähnlich geronnenem Fibrin. Die Thyreoidea dieses Tieres war normal groß, die Alveolen mit Colloidmassen gefüllt. Dann folgte die Demonstration eines durch plumpe Extremitäten, geringe Freßlust, Unlust zu Bewegung und hochgradige Apathie ausgezeichneten kretinischen Hundes; die genannten Symptome besserten sich durch Thyreoideafütterung erheblich und auch die mit Hämatoxylin färbbare Substanz ist zum größten Teil geschwunden. Diskussion Prof. RIEHL. Nach dem Originalberichte der Wiener Mediz. Wochenschrift, Heft 7, 1907. Dr. H.

Mitteilungen.

Vom 24. April bis 4. Mai findet in Frankfurt a. M. ein auch vom Standpunkt unserer Zeitschrift lebhaft zu begrüßender Fortbildungskursus in der Kinderfürsorge statt. Näheres ist zu erfahren durch die Zentrale für private Fürsorge, Frankfurt a. M., Börsenstr. 20.

Am 26. und 27. IV. wird in Frankfurt und Gießen die Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie abgehalten, auf der die Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge durch einen Bericht von Geh.-Rat Prof. Dr. TUCZEK und ein Referat von Direktor Dr. KLUGE vertreten sein wird.

Am 21. und 22. Mai tagt der bayerische Psychiaterverein in München, am 1. und 2. Juni die Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.

Ein Fall von Hydroëncephalocele occipitalis.

(Hirnwasserbruch am Hinterhaupt.)

Von

Professor Dr. **H. Zingerle.**

(Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke in Graz.)

Mit 17 Textfiguren.

(Schluß.)

Besprechung der Befunde und ihrer Bedeutung für die Genese dieser Mißbildung.

Die schematische Fig. 12 gibt einen guten Überblick über die wesentlichen Abänderungen vom normalen Gehirnbau, die in diesem Falle gefunden wurden und demonstriert in überzeugender Weise, daß ihm alle Charakteristika einer Hydrencephalocele (Encephalocystocele Muscatello) zukommen.

Die Veränderungen beschränken sich auf das Kopfende der Neuralanlage, betreffen aber nicht — wie es bei so vielen anderen Mißbildungen, z. B. Mikrocephalie, Porencephalie, der Fall ist — am stärksten das sekundäre Vorderhirn. Die schwerste Wachstumsstörung hat im Mittel- und Zwischenhirn Platz gegriffen. Im Verhältnisse dazu sind die Großhirnhemisphären viel besser entwickelt

und abgesehen von sekundären Veränderungen, die später besprochen werden sollen, sind auch der größere Teil der Brücke, Kleinhirn, Medulla oblongata und Rückenmark in Anlage und Ausbau in Übereinstimmung mit den Prinzipien der normalen Entwicklung.

Diese Lokalisation der Verbildungen bei Hydrenc. occip. ist nichts Ungewöhnliches. In vielen der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen hat sich eine vorwiegende Deformierung der tieferen Gehirnteile nachweisen lassen (z. B. Muscatello, Siegenbeck van Heukelom, Behrend, Mirtsch usw.) und sind auch Fälle beschrieben worden, die mit dem unseren weitgehend übereinstimmen (z. B.

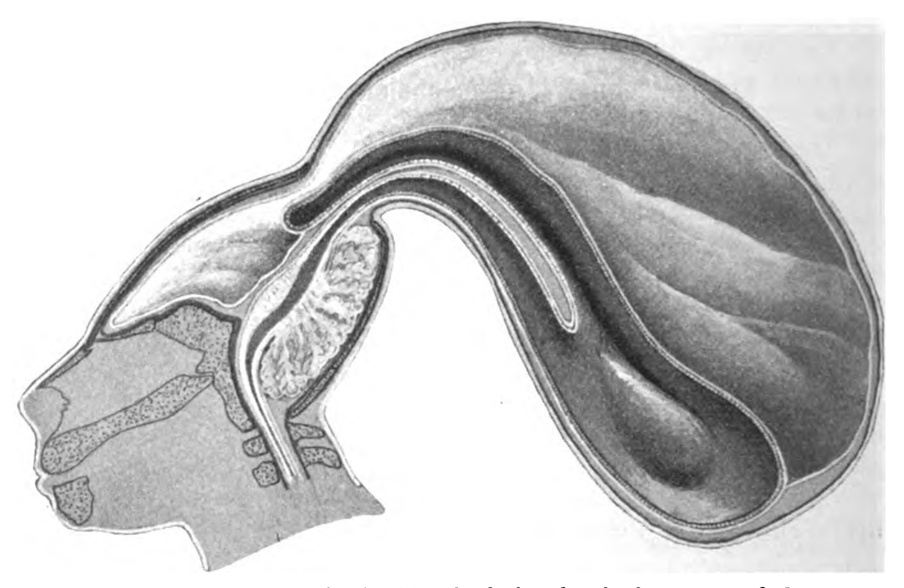


Fig. 12. Schematischer Sagittaldurchschnitt durch das ganze Gehirn.

Siegenbeck I. F.). Es sei aber, um Mißverständnissen zu begegnen, betont, daß dieser Sitz der Veränderungen durchaus kein typischer ist. Es können sich auch die schwersten Veränderungen auf die Großhirnhemisphären beschränken und kann schon daraus erschlossen werden, daß weniger die Lokalisation, als die Art der Verbildung für die Pathogenese der Hydrencephalocele von Bedeutung ist.

Hinsichtlich letzterer lassen sich in unserem Falle zweierlei Wachstumsstörungen nachweisen. Das Mittelhirn bildet an Stelle eines differenzierten Gehirnteiles mit architektonisch durchgebildeter Wandgliederung ein einfaches Rohr mit gleichmäßig dünnen Wan-

dungen, dessen Lumen, statt zum Aquaeductus Sylvii verengt, mächtig erweitert ist. Dünne der Wandungen bei starker Ventrikelerweiterung und Fehlen von morphologischen Endprodukten der normalen Hirnentwicklung ist auch das Charakteristische der Befunde im Zwischen- und Großhirn, wenn auch hier die Wandverdünnung keine so gleichmäßige ist, wie im Mittelhirn. Als zweite auffällige Abnormität kommen noch hinzu ungewöhnliche Verkrümmungen des Hirnstammes, infolge welcher eine eigentümliche Verlagerung der Hirnteile zustande kommt.

Es ist begreiflich und naheliegend, daß viele Autoren derartige Befunde auf eine starke Anhäufung von Flüssigkeit in den Gehirnhöhlen zurückführten; daß aber die Ausdehnung und Verdünnung der Ventrikelwände nicht einfache Folge eines primären Hydrocephalus int. sein kann, zeigen in unserem Falle die Befunde in den Hemisphären, wo dünne Wandstellen und solche mit auf breitere Strecken angelagerter grauer und weißer Substanz oft unmittelbar nebeneinander liegen, an denen der erhöhte Flüssigkeitsdruck doch in gleicher Weise hätte wirksam sein müssen. Auf die Häufigkeit derartig merkwürdig partieller „hydropischer“ Veränderungen bei diesen Mißbildungen ist schon von Förster hingewiesen worden, und haben sie von jeher der Deutung die größten Schwierigkeiten in den Weg gelegt (z. B. im Falle Ernst). In unserem Falle gibt auch die Formation des knöchernen Schädels gar keine Hinweise auf eine allgemeine Hirndrucksteigerung, eine Tatsache, die von den Gegnern der Hydrocephalustheorie wiederholt hervorgehoben wurde (Muscatello, Siegenbeck van Heukelom usw.). Ferner zeigt aber auch der histologische Bau der Ventrikelwände, daß die Störung eine viel tiefgreifendere ist, als es selbst bei hochgradigem Hydrocephalus der Fall ist. In den dünnen Wänden des Mittelhirnschlauches sind außer vereinzelten Inseln von Keimzellen gar keine nervösen Gewebsbestandteile vorhanden, weder reife Ganglienzellen, noch Neuroblasten und Nervenfasern. Die Wandungen werden nur von einem gliösen Fasergerüst mit häufig radiär gestellten Kernen, Deiter'schen Zellen und Weigert'schen Fasern gebildet. Die oberflächliche kernärmere Zone formiert sich an manchen Stellen zu einem Randschleier. Genau der gleiche Bau zeigt sich auch an den dünnen Wandstellen in den Hemisphären und im Zwischenhirn.

Dieser konstante Befund wird verständlich, wenn man auf die Vorgänge bei der normalen Entwicklung der Neuralanlage zurückgreift. Diese lassen klar erkennen, daß das wesentlichste Merkmal unseres Befundes, Aufbau der Ventrikelwand aus

einem gliösen Grundgewebe ohne spezifisch nervöse Elemente sich als eine zeitlich begrenzte Phase auch in einem frühen Stadium der typischen Entwicklung vorfindet. Die wertvollen Untersuchungen von His haben gezeigt, daß im Wirbeltiergehirn die aus dem ursprünglichen Epithelblatte hervorgegangene Wandung des gekrümmten Neuralrohres anfänglich nur aus einem Spongioblasten Gerüst (Myelospongium, Markgerüst) ohne Nervenzellen und Fasern besteht. Dieses erhält sich als dauernder Bestandteil und entwickelt sich aus ihm die spätere Glia durch Bildung von Deiter'schen Zellen und differenzierten Gliafasern. Die Kerne sind in diesem Markgerüst vorwiegend radiär gestellt und der äußerste Abschnitt wird durch ein engmaschiges, kernfreies Plasmanetz, den Randschleier, gebildet.

Es ist ohne weiteres klar, wie weit dieser ursprüngliche Bau der Wand des Neuralrohres in seiner Grundlage dem der dünnen Wandstellen in unserem Falle entspricht. Eine Abweichung zeigt sich nur darin, daß an Stelle der Spongioblasten sich vorwiegend reifes Gliagewebe vorfindet, weil ja, wie man schon aus anderen Mißbildungen kennen gelernt hat, die Entwicklung der Glia unabhängig von der des spezifischen nervösen Gewebes bis zur Reife fortschreiten kann. Wir kommen somit zu dem Ergebnisse, daß die Wandverdünnung hier als eine Entwicklungshemmung aufzufassen ist, infolge welcher Teile der Neuralanlage auf dem frühesten Stadium der Gewebsdifferenzierung verharrt sind.

Da die Sonderung einer neuroblastenführenden Mantelschichte bei der normalen Entwicklung schon am Schluß des ersten Monats eintritt, muß die Wachstumsstörung noch vor Ablauf dieser, aber erst nach Schluß des Medullarrohres, also nach der zweiten Woche, eingesetzt haben. Das Mittelhirn und auch der größte Teil des Zwischenhirnes (abgesehen von der Anlage der Sehhügel) haben entsprechend ihrer ausgedehnten und eingreifenden Bildungshemmung auch die morphologische Gestaltung einer frühen Entwicklungsperiode bewahrt und ist auch ihre, dem ursprünglichen Neuralrohre analoge Formation ein seltenes schönes Beispiel der Persistenz einer frühen Bildungsphase eines Gehirnbläschens bis in die Periode des extrauterinen Lebens. Etwas komplizierter sind die Verhältnisse im Großhirn, in welchem nur ein Teil der Hemisphärenwände den schwersten Grad von Entwicklungshemmung aufweisen. In größerer Ausdehnung bestehen daneben auch Gebiete mit vorgeschrittener Entwicklung, in denen es zur Anlage von nervöser Substanz gekommen

ist. Und zwar trifft man in diesen die verschiedensten Phasen der Hemisphärenwandentwicklung; neben Stellen mit nervösem, aber noch nicht in graue und weiße Substanz gesondertem Gewebe finden sich solche mit deutlicher, aber noch unabgeschlossener Differenzierung der grauen Substanz und Liegenbleiben von Keimgewebe in der Ventrikelwand, und sind selbst so komplizierte Bildungen, wie die Formation des Ammonshorns zur Ausbildung gekommen.

Soweit die Krankheitsursache also im Großhirn zur Geltung kam, vermochte sie nur stellenweise die schwerste Entwicklungshemmung hervorzurufen. In anderen Gebieten zog sie nur eine mildere Schädigung der Lebensfunktionen des Gewebes nach sich; konnte sie auch nicht mehr die Weiterentwicklung vollständig verhindern, so war sie doch noch ausreichend, um den Abschluß der Entwicklung unmöglich zu machen, so daß Teile des Großhirnes in verschiedenen Stadien ihrer embryonalen Bildung persistieren. Sowie im Hirnstamm die Erstarrung auf einer primitiven Stufe der Gewebsentwicklung sich auch grob morphologisch in der einfachen Rohrbildung gekennzeichnet hat, so erscheint auch im Großhirn die morphologische Gestaltung, wenn auch in etwas geringerem Grade, beeinträchtigt und frühen Entwicklungsstadien entsprechend. Man findet rechts noch das Gehirnbläschen völlig frei über das Zwischenhirn nach hinten ragen, links ist die Verwachsung im Bereiche der Lamina affixa in beschränktem Maße zustande gekommen. Die Anlage der Linsenkerne ist ganz rudimentär und fehlen total die Thalamusstrahlungen und sämtliche Kommissuren. Oberflächlich sind — abgesehen von der Fiss. Sylvii — die Totalfurchen nebst atypischen sekundären Furchen gebildet.

Der Kommissurendefekt stellt also hier nicht eine einfache Kombination eines selbständigen Bildungsfehlers mit der Hydroencephalocelie dar, sondern stehen beide in engem innerem Zusammenhange.

Die bisherigen Deduktionen haben somit ergeben, daß die Ventrikelerweiterung in erster Linie durch die Hemmung des Dickenwachstums der Wände bedingt ist und daß kein Grund vorliegt, hierfür einen primären Hydrops oder sonstige Zirkulationsstörungen verantwortlich zu machen. Wie schon normal die Hirnventrikel in der Embryonalzeit durch ihre Weite ausgezeichnet sind (Hertwig, Retzius u. a.), ist auch hier die mächtige Ausdehnung der Gehirnhöhlen ursprünglich der Ausdruck des Beharrens auf einer physiologischen Entwicklungsstufe. Diese Entwicklungsstörung hat aber nicht zur Folge gehabt, daß das Wachstum der verbildeten Teile

überhaupt sistiert ist. Mittel- und Zwischenhirn zeigen besonders deutlich, daß sie — in ihrer Formation als einfache Bläschen — sich vergrößert haben und im speziellen stark in die Länge gewachsen sind, mehr als es der Norm entspricht; dies fällt besonders auf, wenn man z. B. die kolossale Ausbuchtung ins Auge faßt, die das Mittelhirn nach hinten in Form einer Schlinge macht. In dieser Tatsache manifestiert sich eine für alle Mißbildungen gültige Erfahrung, daß vorzeitig fixierte, selbst der ersten Embryonalzeit angehörige Entwicklungsphasen in die allgemeine Wachstumstendenz des Keimes einbezogen bleiben. Vergrößerung durch Massenzunahme und fortschreitende Differenzierung sind die die Entwicklung des Keimes beherrschenden Faktoren. Die Fähigkeit der Anlage weiter zu wachsen, ist also von der Möglichkeit höherer Differenzierung bis zu einem gewissen Grade unabhängig, ebenso wie auch umgekehrt bei Störungen des Größenwachstums die Differenzierung ungehindert ihren Weg gehen kann (z. B. beim Mikrophthalmus). Daß die erhaltenen Wachstumstendenzen mitunter eine über das normale Maß hinausgehende exzessive Richtung einschlagen können, hat schon Vogt hervorgehoben. Dieses abnormale Längenwachstum im Bereiche des Hirnstammes hat in unserem Falle zu einem Größenmißverhältnisse mit den übrigen Anteilen der Neuralanlage geführt, das morphologisch in ganz bestimmter Weise in der ausgedehnten Verbiegung des Hirnstammes zum Ausdrucke kommt. Zum Verständnisse dieser Verhältnisse muß man sich daran erinnern, daß sich im Prinzipe ein analoger Vorgang auch bei der normalen Entwicklung abspielt. Auch bei dieser sind die typischen Verkrümmungen der Gehirnanlage in dem ungleichen Wachstum einzelner Anteile des Neuralrohres begründet. Die normale Kopfbeuge entsteht durch eine winklige Abknickung des stärker wachsenden Mittelhirnbläschens und nimmt durch ihre Größe anfänglich den höchsten Teil des Gehirns ein (Hertwig). Bei einem abnorm gesteigerten Längenwachstum des Mittel- und Zwischenhirnbläschens, wie in unserem Falle, ist es nun begreiflich, daß gerade entsprechend dieser Kopfbeuge eine besonders starke Verkrümmung sich gebildet haben muß. Diese ist auch nicht, wie es im Verlaufe der typischen Entwicklung der Fall ist, allmählich durch das Wachstum der übrigen Gehirnteile in die Tiefe gegen die Basis zu verdrängt worden, sondern reicht mit ihrem Bogen bis an die Kuppe des Bruchsackes hinan. Zur Zeit der mächtigen Ausbildung der Kopfbeuge und infolge derselben stehen im normalen Gehirne die einzelnen seiner Teile in einer ganz bestimmten gegenseitigen Lagerung.

Es ist — wenn man z. B. die Abbildung 36 p. 58 in der Arbeit von His mit unserer schematischen Figur vergleicht, geradezu überraschend, wie sehr in der Grundform die topographischen Verhältnisse übereinstimmen.

Daß hier zu der Fixierung der erwähnten embryonalen Bildungen noch die Persistenz schon normal vorgebildeter Verkrümmungen hinzugekommen ist, hängt wohl innig gerade mit der Lokalisation der Erkrankung zusammen. Es ist zu erwarten, daß dann, wenn die stärkste Wachstumsstörung in anderen Teilen des Gehirns Platz gegriffen hat, sich neue, nicht präformierte Verbiegungen des Neuralrohres bilden werden, wie z. B. in Fällen, bei welchen Pons und Medulla oblongata betroffen sind. Solche sind von Behrend, Muscatello, Siegenbeck van Heukelom beschrieben worden und sind dabei tatsächlich, wie sich aus der Verlagerung in dem Bruchsack entnehmen läßt, die Verkrümmungen im Bereiche des Hinter- und Nachhirns ausgeprägt.

Bezüglich des Verhaltens der Hirnhäute gehen die Anschauungen der Autoren noch vielfach auseinander und wurde daher auch diesen in unserem Falle besonderes Augenmerk zugewendet. Die weichen Häute sind überall gebildet, zwar stellenweise verdickt und mit der Hirnoberfläche verwachsen, doch sonst ohne gröbere Veränderungen; ebenso sind auch die Plex. choreoid. lat. vorhanden, deren Fehlen im Falle von S. v. Heukelom dieser Autor auf eine durch die mangelhafte Mesoblastendifferenzierung gestörte Entwicklung der Arachnoidea bezog. Eine die weichen Häute betreffende Entwicklungshemmung fehlt also hier, wie auch in vielen Beobachtungen und kann man wohl diesen Befund als einen für diese Mißbildungen typischen bezeichnen.

Dagegen liegen zahlreichere Befunde vor, bei denen eine Ausstülpung der Dura mater in den Bruchsack vermißt wurde und wird von einer Anzahl von Autoren, trotzdem in anderen Fällen mit Sicherheit durales Gewebe im Bruchsacke nachgewiesen wurde (Marchand, Behrend, Ernst usw.), diesem Defekte im Bereiche der Schädelspalte eine große Bedeutung für die Erklärung dieser Mißbildungen aus einer primären Entwicklungsstörung der den Schädel einhüllenden Mesenchymanlage, zugesprochen (Muscatello, v. Monakow, S. v. Heukelom u. a.). Es zeigt nun auch unser Fall, daß der Duradefekt nichts Typisches ist. Die Dura ist ebenso, wie die weichen Häute in continuo durch die Schädellücke hindurch in den Brucksack ausgestülpt, und in der Wand desselben als innerste, histologisch gut charakterisierte Schicht nachweisbar, die durch ein

grobmaschiges Gewebe (s. Fig. 6) mit einer mittleren, sich scharf abhebenden Gewebsschicht der Sackwand zusammenhängt. Die Dicke der Dura verringert sich gegen die Kuppe des Sackes und ist am geringsten nahe der Schädellücke. Aus duralem Gewebe ist auch die Sichel aufgebaut, die sich, ebenso wie die dem Tentorium entsprechenden seitlichen Leisten aus diesem, direkt aus der Sichel innerhalb des Schädels fortsetzt. Entsprechend der abnormalen Länge des Bruchsackes sind natürlich auch Sichel und die Tentoriumfalten stark in die Länge gezogen und verschmälert. S. v. HEUKELOM hat die Sichel in seinem Falle nicht als durale Bildung anerkannt, sondern als von der Arachnoidea ausgehende „Pseudofalx“ betrachtet. Unser Fall bietet gar keinen Anhaltspunkt für eine derartige Annahme einer so ungewöhnlichen Ersatzbildung.

Bei der so ausgeprägten Differenzierung aller Gehirnhäute bleibt also hinsichtlich dieser nur das eine auffällig, daß im Bereiche der Bruchsackwandung die Dura von dieser nicht isolierbar ist. Auch der oberflächliche Hautüberzug des Bruchsackes ist überall vorhanden, verdünnt sich nur, wie in allen Fällen ausgedehnterer Hydroenceph. gegen die Kuppe zu in einen dünnen Epidermisstreifen, an dem keine Papillen, Haar- und Drüsengebilde nachweisbar sind. Es läßt sich daraus entnehmen, daß die Haut im Verlaufe des Wachstums der Hydroenc. eine kolossale Dehnung erfahren hat. Besonders wichtig ist aber, daß sich im Innern der Sackwand eine weitere Gewebsschicht deutlich hervorhebt (vgl. Fig. 6), die sich sowohl gegen das weitmaschige Unterhautzellgewebe, als auch gegen die Dura scharf abgrenzt und die an der Schädellücke mit den Schädelknochen und deren Periost fest verwachsen ist. Diese durch ihren Bau scharf hervorgehobene Gewebslage ist sicher ein Abkömmling des Mesenchyms und liegt zwischen Haut und Dura an der Stelle, an der normal die Schädelknochen gebildet sind. Es ist naheliegend, sie als dem häutigen Primordialcranium zugehörig zu betrachten, das im Bereiche der Bruchsackwandung erhalten geblieben und nicht verknöchert ist. Unser Befund läßt somit nicht eine unvollkommene Differenzierung des Mesoblasts im Bereiche der Schädellücke nachweisen, wie es S. v. HEUKELOM u. MUSCATELLO angenommen haben. Wir sehen, daß das Mesenchym, welches ursprünglich das Gehirn einhüllt, sich auch hier, wie bei der normalen Entwicklung, in die Hirnhäute und das häutige Primordialcranium gesondert hat. Nur ist dann die Verknöcherung des letzteren ausgeblieben und damit hängt wohl auch der früher erwähnte innige

Zusammenhang mit der Dura zusammen. Durch diese Feststellung kann natürlich von dem Bestehen einer Schädelspalte in dem Sinne wie bei An- und Hemicephalie nicht mehr gesprochen werden. Der Schädel ist ohne Defekt angelegt, das Schädelgewölbe geschlossen, und nur an einer Stelle nicht verknöchert, stark nach hinten ausgedehnt und vorgebuchtet. Bei der Erörterung der Pathogenese des Falles wird sich zeigen, wie sich diese Veränderungen am Schädel mit der Verbildung der Hirnanlage in Beziehung bringen lassen.

Der verknöcherte Schädel ist in allen Hauptteilen gebildet, aber hochgradig verkleinert, und besonders in der Stirn- und Scheitelgegend abgeflacht. Diese Verkleinerung besonders der Schädelhöhe erklärt sich durch die geringe Masse des innerhalb des knöchernen Schädels gelegenen Gehirnanteils und ist als eine sekundäre Anpassung des Schädels an die Verlagerung seines Inhalts aufzufassen. Infolge des stark abgeflachten Schädeldaches und der mangelnden Stirnbildung erhält die Gesichtsbildung eine auffällige Ähnlichkeit mit der der Hemicephalen, worauf schon Förster hingewiesen hat. In noch stärkerem Maße kommt diese aber durch die starke Verkürzung der Schädelbasis infolge einer intensiven basalen Kyphose zum Ausdruck; die Steilstellung des Clivus findet sich in der gleichen Weise beim Hemicephalus und ist bei diesem Folge des Wachstumsmißverhältnisses der in der Breite wachsenden Area cerebro-vasculosa und der in der Längsachse sich vergrößernden erhaltenen Gehirn-Rückenmarksanlage (Zingerle). Das Mißverhältnis im Wachstum einzelner Gehirnteile ist auch hier Ursache der Kyphose. Infolge seiner erhöhten Wachstumstendenz mußte sich das Mittelhirnbläschen — dem die anderen Bläschen in ihrer Längenentwicklung nicht gleichen Schritt hielten — in Form einer nach hinten gerichteten Schlinge aufbäumen. Es ist mechanisch leicht verständlich, daß der hierdurch notwendig gewordenen größeren Raumbeanspruchung in der hinteren Schädelgrube in erster Linie durch Abknickung der Schädelbasis am besten entsprochen wurde, die im Stadium des häutigen Primordialcraniums leicht von statten gehen konnte, da die erste Verknöcherung an der Basis erst im dritten Monat eintritt (Kollman).

Für den größeren Teil der Schädelverbildungen läßt sich somit eine sekundäre Abhängigkeit von der Mißbildung der Gehirnanlage nachweisen. Nur für den wichtigsten Befund — das Ausbleiben der Verknöcherung der häutigen Schädelanlage im Bruchsacke — steht die Deutung noch aus. Es ist ersichtlich, daß die Frage nach

den Beziehungen dieses Defektes zur Entwicklungsstörung des Neuralrohres für die Auffassung der Pathogenese dieser Mißbildung von größter Bedeutung ist, und in Hinsicht auf die eingangs erwähnten Anschauungen von Muscatello und S. van Heukelom eine besondere Berücksichtigung verdient. Als Ausgangspunkt unserer Betrachtungen muß festgehalten werden, daß eine tiefgreifende Störung in der Differenzierung des die Neuralanlage einhüllenden Mesenchymgewebes in unserem Falle nicht vorhanden ist. Dieses hat sich überall in Gehirnhäute und häutiges Primordialcranium gesondert. Durch das verstärkte Längenwachstum und die Aufbäumung des Hirnstammes mußte es aber — abgesehen von der Abknickung der Schädelbasis auch zu einem Mißverhältnis zwischen Größe der Schädelanlage und deren Inhalt kommen, das eine Ausbuchtung der häutigen Schädelkapsel in der Richtung des verstärkten Wachstums nach hinten zur Folge hatte. Diese war durch das Wachstum des Hirnstammes einem stärkeren Drucke ausgesetzt, der sich ja noch an der intensiven Dehnung der Hautdecke, der Dura, und besonders in der starken Verzerrung und Verlängerung der großen Sichel und des Tentorium in den Bruchsack kenntlich macht. Diese Ausbuchtung hielt mit der zunehmenden Vergrößerung der Gehirnanlage natürlich gleichen Schritt und kam es durch den verstärkten Druck, dem sie ausgesetzt war, zu Zirkulationsstörungen, verminderten Blutzufluß, Stauungen des Blut- und Lymphstromes, die sich durch Erweiterung der Venen- und Lymphgefäße und ödematöse Gewebsdurchtränkung offenbaren. Und diese Ernährungsstörungen müssen wir wohl als Ursache dafür ansprechen, daß im ausgestülpten Teil des häutigen Primordialkraniums die Verknöcherung der osteogenen Schichte ausgeblieben ist. Nach dieser Auffassung steht also auch der örtlich begrenzte Verknöcherungsdefekt in kausaler Abhängigkeit von der Erkrankung der Neuralanlage und haben wir in der partiellen Verbildung und Hyperplasie der letzteren das wesentliche Moment bei der Genese der Hydroencephalocele zu sehen. Eine weitere Stütze findet diese Annahme auch darin, daß sich keine Zeichen einer, durch außerhalb des Keimes gelegene Faktoren, wie z. B. Amnionsverwachsungen, gesetzten Beeinträchtigung der Schädelanlage finden. Auch ein anderes Moment kommt in Betracht. Die Verknöcherung des Schädels beginnt erst im dritten Monat, also zu einer Zeit, in der das Gehirn sich schon in einer viel vorgeschritteneren Entwicklungsstufe befindet, als in unserem Falle. Diese müßte zum mindesten

erreicht sein, wenn eine primäre Störung in der Schädelverknöcherung zur Verlagerung von Gehirnteilen geführt hätte. Letztere ist die ausschließliche Folge der Hyperplasie des Mittel- und Zwischenhirnes. In den nicht direkt dem gesteigerten Drucke ausgesetzten Schädelteilen ist die Verknöcherung ungehindert vor sich gegangen und grenzt sich dieselbe ringförmig gegen den Bruchsack ab. An dieser Bruchpforte ist es nun auch zu einer sekundären Störung des Gehirnwachstums gekommen. Der starke Knochenring setzte dem Weiterwachstum der in der Bruchpforte gelegenen Hemisphärenanteil einen festen Widerstand entgegen. Bei dem vergeblichen Bestreben dieser sich auszudehnen, kam es im Gewebe zu entzündlichen Veränderungen und Zerstörungen, die sich noch deutlich durch Reste von Blutungen, ausgedehnten Narbenstreifen, sowie durch intensive Verwachsungen und Verdickungen der Meningen offenbaren. Die sanduhrförmige Einschnürung der Hemisphären im Bereiche der Bruchpforte ist also auf sekundär pathologische Verhältnisse zurückzuführen.

Die eingehende Analyse der Befunde hat uns als den Hauptfaktor in der Genese vorliegender Mißbildung eine Entwicklungsstörung der Neuralanlage erkennen lassen. Diese ist auch, abgesehen von ihrem Einflusse auf die Schädelentwicklung, allein als solche von Interesse. Sie stellt eine seltene Fixation einer der frühesten Phasen in der Gehirnentwicklung dar, in der sich die Medullarrinne eben zum Rohr geschlossen hat, und in einzelne Gehirnbläschen sich gliedert. Sie schließt sich dadurch in der Reihe der uns bekannten Gehirnmißbildungen direkt an die Hemi- und Anencephalie an, bei denen ein noch früheres Entwicklungsstadium, das der offenen Medullarrinne, sich erhalten hat.

Von besonderer Bedeutung erscheint uns aber der Nachweis, daß bei dieser Verbildung die Erweiterung der Gehirnhöhlen und Dünne der Ventrikelwände auf einer Entwicklungshemmung beruhen, nicht durch mechanische Momente, z. B. Stauungen zustande gekommen sind. Es ist möglich, daß sich daraus auch neue Gesichtspunkte für das Verständnis einer in ihrem Wesen noch dunklen Gehirnerkrankung, des Hydrocephalus congenitus ergeben werden. Aus welchen Ursachen die Weiterentwicklung eines Teiles der Gehirnanlage so frühzeitig gehemmt wurde, läßt sich in unserem Falle nicht mehr mit Sicherheit erweisen. Wir finden wohl an einzelnen Stellen der Gehirnoberfläche Verdickung der Häute, sowie die eigentümlichen Ependymfäden, vorzugsweise im dritten, aber auch in den Seitenventrikeln. Es läßt sich nicht mehr entscheiden, ob

diese Veränderungen auf eine entzündliche Noxe hinweisen, die auf die Anlage eingewirkt hat, und ob sie nicht als sekundäre pathologische Veränderungen des mißbildeten Keimes aufzufassen sind. Wir müssen daher die Frage nach dem „primären pathologischen Moment" (Vogt) offen lassen.

Bei einer Übersicht über die vorhandene Literatur ist es zweifellos, daß in einer Reihe der beschriebenen Hydroencephalocelen gleichartige Veränderungen, wie in unserem Falle bestanden haben und ist der Schluß berechtigt, daß eine Gruppe von Hydroencephalocelen durch eine typische Mißbildung der Neuralanlage hervorgerufen wird. Erst eine größere Reihe eingehender weiterer Untersuchungen kann aber zur Entscheidung führen, ob diese Genese die einzige ist, oder ob die Hydroencephalocelen eine Gruppe verschiedenartiger Keimerkrankungen umschließen, denen nur der Verknöcherungsdefekt im Schädel gemeinsam ist. Auch über die Verhältnisse bei der reinen Encephalocele und Meningocele und deren Beziehungen zur Hydroencephalocele gibt unser Fall keine Aufklärungen. Aus diesen Gründen halten wir uns daher noch nicht berechtigt, unsere Untersuchungsergebnisse zu allgemein gültigen Schlüssen über das Wesen und Entstehung der Hirnbrüche überhaupt zu verwerten.

Über den Einfluß der Mißbildung auf das Wachstum und die Architektonik der übrigen Teile der Neuralanlage.

Die schon im vorigen Abschnitt erörterten Wachstumskorrelationen zwischen Schädel und Gehirn haben ergeben, daß der Schädel sich unabhängig differenziert, aber in seiner Größenentwicklung und in der Knochenanbildung vom Gehirnwachstum wesentlich bestimmt wird. Umgekehrt sahen wir aber auch, daß die frontalen Hemisphärenanteile, die atypischerweise die vorderen und mittleren Schädelgruben ausfüllen, sich der Form dieser in einer augenfälligen Weise anpaßten und erkennen daraus, daß *beide — Gehirn und Schädel — in ihrer weiteren Formgestaltung sich gegenseitig beeinflussen.*

Wie begreiflich, stehen die Blutgefäße in engsten Beziehungen zur Gehirnentwicklung. Ihre Lage, die Richtung, der Verlauf wird von der speziellen Formentwicklung des Gehirns mit bestimmt und adaptieren sich dieselben enge allen Verbildungen und Verlagerungen. So ziehen in unserem Falle die großen Gefäßstämme mit dem Hirn-

stamm in den Bruchsack und schlagen eine Richtung ein, die ihrem gewöhnlichen Verlaufe oft direkt entgegengesetzt ist. Im Gegensatz zu diesen engen Wachstumsbeziehungen stehen nun bemerkenswerte Selbstdifferenzierungen anderer Teile. Durch die Entwicklungs-Hemmung des Mittelhirnbläschens sind die Okulomotorius- und die Trochleariskerne, ebenso die Wurzelstämme dieser Nerven nicht zur Anlage gekommen. Trotzdem haben sich bei der von weiland Prof. Sachsalber vorgenommenen Untersuchung des Augenapparates alle Augenmuskeln ganz normal entwickelt gezeigt und fanden sich auch auf den Schnitten zwischen ihnen markhaltige Nervenfasern. Neumann hat in einer kritischen Auseinandersetzung darauf hingewiesen, daß die Annahme der vom Nervensystem unabhängigen Differenzierung der Muskulatur noch nicht sicher gestellt sei. Er schloß aus der Tatsache, daß bei einer Zerstörung oder Entwicklungshemmung des Zentralnervensystems vor Bildung der peripheren Nerven, auch die Muskeln fehlen (Fälle von Allesandrini und Weber), daß die erste Entwicklung der Muskulatur unter dem Einfluß der N. centra und unter Vermittlung der aus denselben hervorwachsenden motorischen Nervenbahnen erfolgt. Sind sie einmal gebildet, können sie sich aber trotz Zerstörung der Nervenanlage, z. B. bei Amyelie weiter entwickeln, um erst wieder in der extrauterinen Periode unter den Einfluß des Nervensystems zu kommen, Unser Befund hat für diese Frage insofern eine gewisse Bedeutung, als er zeigt, daß die Bildung der Augenmuskeln trotz der fehlenden Differenzierung nervöser Substanz im Mittelhirn vor sich gegangen ist, also von der Anlage ihrer späteren motorischen Kerngebiete gänzlich unabhängig erfolgt ist. Neumann's Hypothese ist durch diese Feststellung jedoch nicht widerlegt. Es wäre immerhin noch möglich, daß die motorischen Nerven bei der Entwicklung der Muskulatur eine Rolle gespielt haben, die ja zum mindesten in ihrer ersten Anlage vom Zentralnervensystem abhängig sind. Eine genaue Präparation der Augennerven ist in unserem Fall nicht vorgenommen worden und unterlasse ich es daher, auf diese Frage weiter einzugehen. Ich möchte nur hinzufügen, daß mir eingehendere auf diese Verhältnisse gerichtete Untersuchungen eine große Bedeutung für die Frage der Entwicklung der peripheren Nerven überhaupt zu haben scheinen. Denn lassen sich motorische Nervenfasern nachweisen, ohne daß sich in den zugehörigen Teilen des Zentralnervensystems jemals nervöse Zellen differenziert haben, wie in unserem Fall und wie es auch für die meisten An- und Hemicephalien zutrifft, so ergibt sich daraus mit Notwendigkeit der Schluß, daß die

motorischen Fasern nicht aus Ganglienzellen ausgewachsen sein können, wie His und Kölliker annehmen. Sondern es bleibt nur die Erklärung übrig, daß die Nervenfasern sich aus selbständigen, bei der ursprünglichen Anlage der Nerven aus dem Neuralrohr ausgewanderten Zellen gebildet haben, die auch unabhängig vom Zentralnervensystem ihr Wachstum vollenden können. Eine derartige Anschauung wurde ja von verschiedenen Autoren (Balfour, Bethe usw.) schon vertreten.

Weitere Beispiele von weitgehender Unabhängigkeit in der Entwicklung finden sich ferner innerhalb des Zentralnervensystems, das durch die eigenartige Formverbildung in drei Abschnitte gesondert ist, die nur durch Stützsubstanz führendes Gewebe zusammenhängen. Der frontale, innerhalb des knöchernen Schädels gelegene Hemisphärenanteil ist nur durch den schmalen Bruchstiel mit dem größeren, im Bruchsacke verlagerten Anteil des Großhirns verbunden. Der dritte Anteil, der aus der Brücke, Med. oblongata. und dem Rückenmarke gebildet wird, ist durch das undifferenzierte Mittelhirn aus jeder leitenden Verbindung mit dem Großhirn ausgeschaltet.

Trotz dieser Isolierung haben sich in beiden Großhirnabschnitten selbständige Wachstumsvorgänge weiter abgespielt und haben sich Rindenzüge oft dicht neben ganz primitiven Wandstellen entwickelt, und selbst kurze Assoziationslager zur Verknüpfung der einzelnen Teile angelegt. Das schönste Beispiel einer selbständigen Differenzierung bietet wohl die isolierte Ausbildung der so komplizierten Formation des Ammonshorns, trotzdem gar keine Verbindung mit dem Riechapparat im Stirnhirn besteht und auch die benachbarte Hemisphärenwand gänzlich unentwickelt geblieben ist. Die sogar relativ reichliche Gliederung der Gehirnoberfläche in Furchen und Windungen ist um so bemerkenswerter, als das Großhirn auch ohne alle Verbindung mit den tieferen Teilen ist, zu- und abführende Bahnen nicht vorhanden sind. Auch beide Sehhügel sind für sich zur Ausbildung gekommen, haben sich sogar in Kerngruppen gegliedert, obwohl sie im sonst unentwickelten Zwischenhirn einer fast vollkommenen Isolierung von ihrer Umgebung verfallen sind.

Der dritte, durch die hinteren Hirnteile und das Rückenmark gebildete Abschnitt, erinnert durch seine Selbständigkeit an ähnliche Verhältnisse bei der Hemicephalie. Die Untersuchung dieses Abschnittes, die an Serienschnitten (Färbung: Hämatoxylin, Pal, Karmin, van Gieson und Thionin) vorgenommen wurde, erschien deshalb ermunternd und aussichtsvoll, weil dieser Teil der Anlage von der

Störung am wenigsten in Mitleidenschaft gezogen war und am reinsten alle Folgen der Isolierung von der übrigen Anlage zu zeigen versprach.

Das von zarten Häuten eingehüllte Rückenmark ist von normaler Konfiguration, aber kleiner als es dem Alter entspricht. Die graue Substanz hebt sich in allen Niveaus von der weißen deutlich ab, ist zellreich und sind im Brustmark auch die Clarkeschen Säulen in gewöhnlicher Lage und Ausdehnung sichtbar. Der Zentralkanal ist von der Halsanschwellung nach abwärts erweitert, seine gefalteten Wandungen tragen einen schönen Ependymzellen-

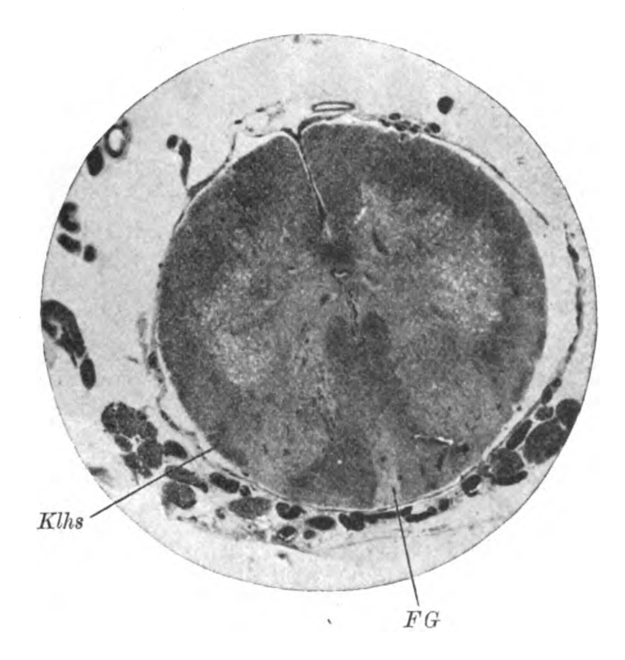


Fig. 13. Querschnitt durch das obere Halsmark.

belag, sein Lumen ist durch eine körnige Masse ausgefüllt. Im mittleren und unteren Dorsalmark ist der Zentralkanal in zwei Hälften gespalten, die in dorso-ventral auseinandergewichen sind In der weißen Substanz ist die Lissauersche Zone noch marklos. Im mittleren und oberen Halsmark (Fig. 13) heben sich die markarmen dorsalen Zweidrittel der Gollschen Stränge durch ihre lichte Färbung hervor, ebenso ist im oberen Halsmark auch der Reichtum an Markfasern im Gowerschen Areal ein geringer. Das hintere Septum ist nicht deutlich gebildet. Das Areal der Seiten-

stränge ist stark verschmälert, im zentralen Anteil, wo sonst die Pyramidenseitenstr. liegen, lichter, an der Oberfläche aber durch den dunklen Faserstreif der Kleinhirnseitenstrangbahn begrenzt. Hintere seitliche Furchen sind gebildet, aber nicht sehr tief und verwachsen.

In der Medulla oblongata ist der auffälligste Befund das vollkommene Fehlen der Pyramidenkreuzung und der Pyramidenareale (Fig. 14). Der ventrale Schnittrand schließt mit den Nucl. arcif. und den die Oliven umkreisenden Markfasern glatt ab und ist nicht einmal eine Andeutung eines den Pyramiden entsprechenden Feldes sichtbar. Das Bodengrau des vierten Ventrikels ist nicht verändert, die Kerne aller in den Bereich der M. obl. fallenden Hirnnerven sind gut entwickelt, zellreich und heben

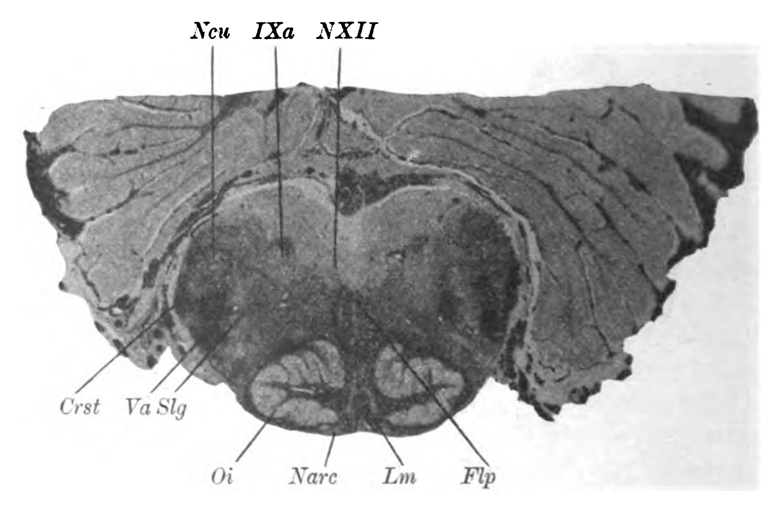


Fig. 14. Querschnitt durch die Med. obl. im Niveau der Hypoglossuskerne.

sich auch die daraus entspringenden Wurzelfasern durch ihre Größe und gute Färbung ab. Am Übergange aus dem Rückenmark sind entsprechend der Lichtung der Goll'schen Stränge auch die Goll'schen Kerne arm an Markfasern, während die Bourdach'schen Stränge und Kerne durch ihren Faserreichtum ungemein kräftig hervortreten. Sehr groß und schön konfiguriert sind auch die Subst. gelat. Rolandi, denen sich peripherwärts die mächtigen V. ascend. anlegen. Auch die Kleinhirnsysteme (Corpora restiform., cerebello-olivare Bündel) sind deutlich nachweisbar, und fallen besonders die Oliven durch ihre Größe und schöne Formbildung auf. Die Subst. reticul. der Haube ist in der Höhe etwas verkürzt, enthält reichlich

Fasern und Zellen. Im besonderen ist das untere Längsbündel zu beiden Seiten der Mittelraphe wohl formiert und mit dunklen Fasern besetzt. Auffällig reduziert ist dagegen die Olivenzwischenschicht, die jederseits nur durch einen schmalen Streif quer getroffener dunkler Fasern gebildet wird. Sie geht, wie auf tieferen Schnitten der Medulla oblongata ersichtlich ist, aus einer deutlichen Schleifenkreuzung hervor, deren Fasern zum Hauptteil aus den Bourdach'schen Kernen zufließen.

In der Brücke (Fig. 15) gestalten sich die Verhältnisse insofern etwas komplizierter als dieselbe zerebralwärts immer mehr sich verkleinert und dabei auch in ihren proximalen Anteilen gröbere Abweichungen ihrer inneren Struktur aufweist, zell- und faserarm wird.

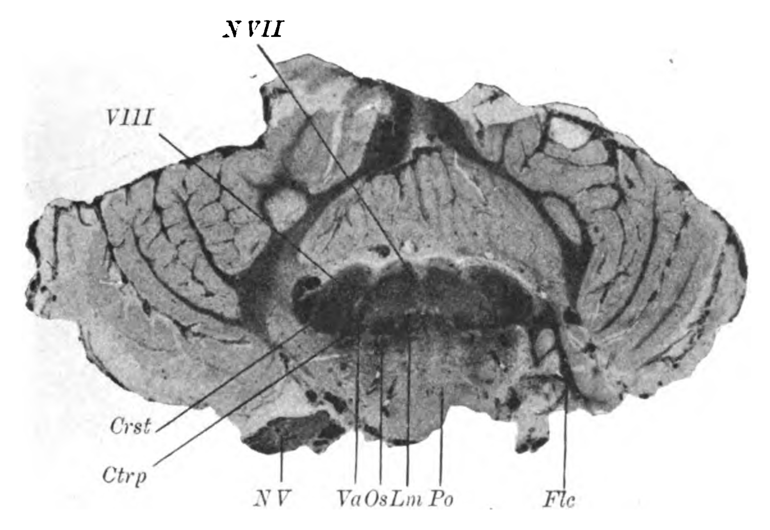


Fig. 15. Querschnitt durch die Brücke im Niveau des Facialisknie.

Der Übergang in das einfache Mittelhirnrohr erfolgt eben nicht in einer scharfen Grenze, sondern allmählich und läßt sich daraus erkennen, daß durch die Entwicklungsstörung auch noch die obersten Brückenpartien, wenn auch in geringerer Intensität in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Abgesehen von diesen aber, zeigt sich auf allen Querschnitten eine Trennung in Haube und die grauen Brückenkerne. Die, letztere durchflechtenden Kleinhirnbrückenarme sind wohl gebildet, aber gerade erst im Beginn der Markbildung. Pyramidenbündel sind natürlich auch in diesem Bereich nicht vorhanden. Der ventrale Brückenrand zeigt keinen so schön geschwungenen Kontour, wie im normalen, die Mittelraphe ist seitlich

verschoben und verkleinert sich mit der Größenabnahme der Querschnitte zerebralwärts, besonders stark der ventrale Anteil derselben, in dem schließlich nur mehr kleine Kerne in einer molekularen, gekörnten Grundsubstanz mit zerstreuten Neuroblasten und Gliazellen übrig bleiben.

Die Differenzierung der Brückenhaube ist eine im allgemeinen dem Alter des Kindes entsprechende. Der Boden des nicht auffällig erweiterten 4. Ventrikels ist mit einer Schicht von Epithelzellen bekleidet, stellenweise gefaltet und zeigen sich auch vereinzelte in die Tiefe verlagerte Epithelinseln und Ringe. Die Substantia reticularis der Haube ist sehr reich an Ganglienzellen und Fasern in den hinteren und mittleren Ponsanteilen, verarmt aber in den obersten an nervösen Bestandteilen, besonders an den diffusen

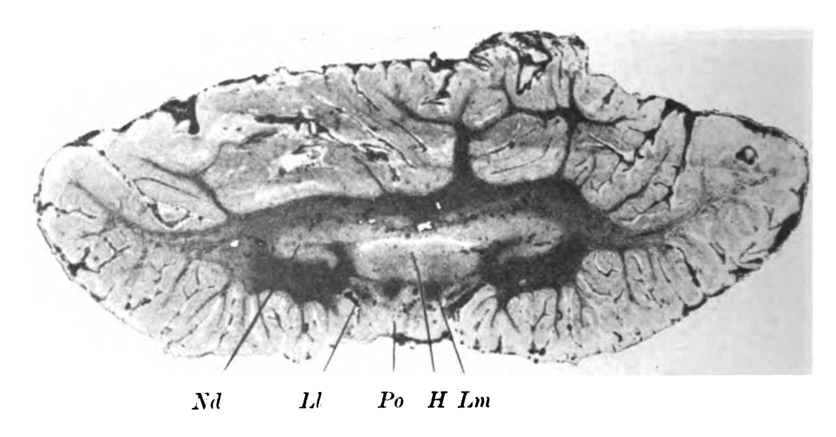


Fig. 16. Querschnitt durch die Brücke oberhalb des Austrittes des N. trigem.

Faserquerschnitten. Bemerkenswert ist jedoch, daß die Zellhaufen der Subst. ferruginea bis in die obersten Ponsebenen beiderseits aufgefunden werden können, in denen die übrige Haube schon ganz faserlos ist. S ä m t l i c h e d e r B r ü c k e a n g e h ö r i g e H i r n n e r v e n k e r n e s a m t d e n W u r z e l s t ä m m e n s i n d v o r h a n d e n und sogar wohl ausgebildet, treten wie normal in gegenseitige Beziehung und kann von einer speziellen Beschreibung derselben, abgesehen werden. Es sei nur hervorgehoben, daß selbst der schon in den verkleinerten proximalen Ponsabschnitten liegende N. trigeminus in allen seinen Teilen wohlgebildet ist. Selbst einige blasige Zellen der zerebralen Wurzel sind vorhanden und gehen aus ihrem

Areal auch Fasern der zerebralen Wurzel hervor, die den gewöhnlichen Weg gegen den Trigeminusstamm hin nehmen.

Die Corpora restiformia sind dunkler gefärbt, als es bei Neugeborenen sonst der Fall ist, nur in ihrer lateralen Hälfte etwas abgeblaßt und nehmen im Verhältnis zum übrigen Querschnitt relativ große Areale ein. Sie reichen infolge der Lageänderung des Kleinhirns etwas weiter nach vorn, und strahlen erst auf Schnitten oberhalb der Trigeminuskerne gegen die Dachkerne zu aus.

Die hinteren Längsbündel sind bis in die oberen Brückenebenen erhalten, hören aber vollkommen auf nach dem Verschwinden der V. Kerne (Fig. 16).

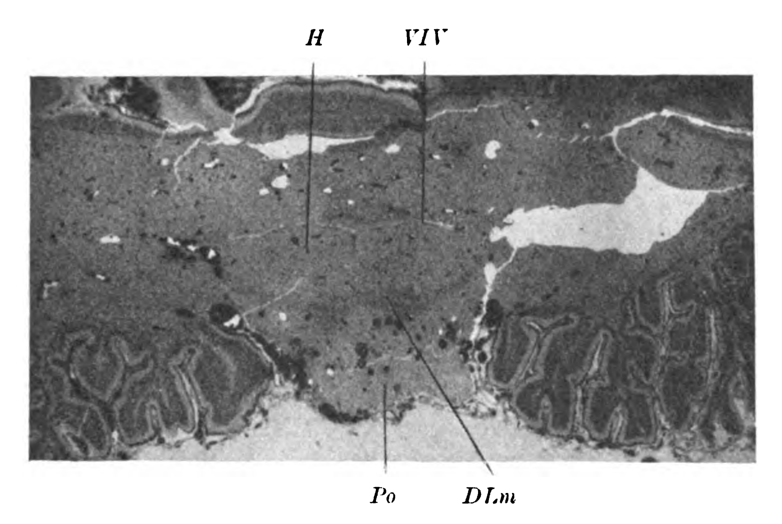


Fig. 17. Querschnitt durch die oberen Brückenanteile entsprechend der Kreuzung der Schleifenfasern.

Fig. 13—17. Färbung mit Hämat.-Pal. Nachfärbung mit Alaunkarmin.

Einen besonders interessanten Befund bietet die Schleifenformation. Die laterale Schleife liegt jederseits im lateral-ventralen Haubenareale, in Form eines rundlichen Faserareales, das auch graue Substanz des Kerns der lateralen Schleife enthält. Nach abwärts geht es, wie gewöhnlich in die obere Olive über, deren Faserhülle zum Hauptteil aus den sich kreuzenden Bündeln des C. trapezoides hervorgeht. In den zerebralen Brückenebenen streckt sich das Faseroval in einen länglichen Streifen aus, der mit Verkleinerung der Brücke immer mehr an dessen lateralem Rand zu liegen kommt und hier allmählich lichter werdend, verschwindet.

Entsprechend der Kleinheit der Olivenzwischenschichten in der Medulla oblongata ist natürlich auch die Formation der medialen Schleife in der Brücke auf ein kleineres Feld beschränkt, als normal. Auf Schnitten durch die Fac. abduc.-Region stellen die Schleifen jederseits ein schräg ovales Bündel dar, die am ventralen Rande der Haube beiderseits von der Mittelraphe liegen. Von den lateral anliegenden, oberen Oliven werden sie durch graue Substanz der Trapezkerne getrennt. In hohen Niveaus formieren sich die Schleifenfasern wieder mehr in rundliche Bündel, die durch graue Substanz zerklüftet sind. Zwischen ihnen und der lateralen Schleife bleibt ein größerer lichter Zwischenraum, der durch graue Substanz ausgefüllt ist. Noch weiter zerebralwärts vergrößern sich die Schleifenareale dadurch, daß ihre Querschnitte mehr in Schrägschnitte übergehen. Gleichzeitig bildet sich eine Faserkreuzung (Fig. 17) zwischen beiden Arealen in der Mittellinie und strahlen auch Fasern an den seitlichen Flächen gegen die Kleinhirnhemisphären aus. Mit zunehmender Masse dieser Faserkreuzung verschwinden die runden Schleifenareale und sind dieselben nach Aufhören der Kreuzung vollkommen verschwunden. Es strahlen also hier in atypischer Weise die Fasern der medialen Schleife in das Kleinhirn aus. Nach ihrem Austritt ist der oberste Anteil der Haube ganz faserlos, geht in eine gliöse, gefäßreiche Masse mit zerklüftetem Rand über, in der aber noch vereinzelte Ganglienzellen vorhanden sind. Es zeigt sich somit, daß gar keine Faserverbindung mit dem Mittelhirn und dem Großhirn besteht. Das Kleinhirn ist, wenn auch in seiner Form verändert und verzogen, doch in seinem groben Bau dem Normalen ähnlich gebildet. Die Rinde ist reich gegliedert und zeigt wie bei Neugeborenen eine äußere Körnerschicht. Purkinjesche Zellen sind reichlich in allen Rindengebieten vorhanden. Das Marklager ist in beiden Hemisphären im Verhältnis zur Rinde stark verschmälert, zum Teil noch licht und marklos. Am dunkelsten gefärbt sind die Faserzüge um den Nucl. dentat. und im Bereiche der Flocke und ihres Stieles. Die Nucl. dentat. sind beiderseits vorhanden, die grauen Massen am Dach des 4. Ventrikels (Nucl. glob. und tect.) sind dagegen schlecht differenziert und treten nicht deutlich hervor. Bemerkenswert sind weiters graue, scharf umgrenzte Heterotopien grauer Substanz, die vielfach im Marklager zerstreut liegen. Sie sind von runder oder ovaler Form, bestehen aus einer molekularen Grundsubstanz mit zahlreichen Ganglienzellen, die in Größe und Form den Purkinjeschen Zellen ähnlich sind. Einen gleichartigen Befund konnten wir auch in Fällen von

Porencephalia congen. im Kleinhirn erheben, und unterscheiden sich diese Heterotopien von denen, die Vogt und andere Autoren beschrieben haben dadurch, daß in ihnen nirgends Teile der Körnerschicht sichtbar sind. Jedenfalls sind sie ein Zeichen, daß auch im Kleinhirn noch selbständige Wachstumsstörungen geringerer Intensität sich abgespielt haben. Im übrigen zeigt aber die übersichtliche Darstellung des histologischen Befundes, daß die hinteren Abschnitte des Zentralnervensystems nicht primär erkrankt sind und nur solche Störungen der inneren Architektur aufweisen, die Folge der Wachstumsstörung der vorderen Hirnteile sind. Dazu gehört in erster Linie die Verkleinerung des Rückenmarkes und der erhaltenen hinteren Gehirnanteile, und ist auch hier, wie bei An- und Hemicephalen deutlich, daß die Mikromyelie zerebralwärts stärker ist. Die Abhängigkeit dieser Erscheinung von der mangelhaften Entwicklung größerer Hirnabschnitte und dem konsekutiven Ausfall mehrfacher Fasersysteme ist wohl in diesem Fall besonders klar ersichtlich. Die speziellen Befunde bezüglich der feineren Struktur und des inneren Aufbaues der einzelnen Teile lassen sich unter gemeinsame Gesichtspunkte bringen, die ein Verständnis für die Genese der bestehenden Abweichungen von der Norm zu eröffnen geeignet sind.

Wir konnten nachweisen, daß alle dem Rückenmarke bis zur Brücke angehörigen Nervenkerne mit den entsprechenden Nervenwurzeln sich entwickelt haben, daß also alle diesen Teilen angehörigen Neurone I. Ordnung vorhanden sind. Außerdem finden sich aber auch jene Fasersysteme höherer Ordnung gebildet, welche zur gegenseitigen Verknüpfung der Kerne in den verschiedenen Niveaus dienen. So ist z. B. das hintere Längsbündel bis zum oberen Rande der V. Kerne erhalten, verliert sich aber sehr rasch oberhalb der Kernregion, wo durch Fehlen der Mittelhirnanteile sein Bestehen keinen Zweck mehr hatte. Außerdem vermitteln noch überall reichliche Bogenfasern den Zusammenhang der einzelnen Kerne, intersegmentale Fasern den der Rückenmarksegmente. Ebenso sind alle Verbindungssysteme des Kleinhirns mit der Brücke-R. M. erhalten und gut gebildet. Es bestehen Clarkesche Säulen, Kleinhirnseitenstrangbahnen, Gowersche Bündel und mächtige Corpora restiformia. Von den absteigenden Kleinhirnsystemen finden wir reichliche cerebello-olivare Fasern mit den großen Oliven in Verbindung treten, und cerebello-pontine Bahnen

formieren sich zu Brückenarmen. Alle Teile, welche in der isolierten Anlage ihren Ursprung nehmen, haben sich somit erhalten und treten untereinander in engste Beziehungen.

Dagegen fehlen alle dem mißbildeten Großhirn angehörigen Fasersysteme. So ist von den Pyramidenbahnen keine Spur, nicht einmal ihr Areal nachweisbar. Aus Analogie ist auch zu erschließen, wenn auch an den Schnitten selbst nicht nachweisbar, daß auch die aus den Kernen des Mittel- und Zwischenhirns entspringenden Bahnen fehlen. Hierbei kommt besonders die aus den roten Kernen entspringende motorische Bahn, das Monakow'sche Bündel, in Betracht. Die nicht mißbildeten Teile empfangen also in dem Falle keine Impulse aus höher liegenden Abschnitten, sondern bilden gleichsam ein Zentralnervensystem für sich, das selbständig die zufließenden Reize zu verarbeiten und in motorische Impulse umzusetzen befähigt ist.

Diese Ausschaltung geht noch so weit, daß auch die aus den erhaltenen Teile ihren Ursprung nehmenden Faserzüge, welche eine zentripetale Verbindung mit der mißbildeten Gehirnanlage bewerkstelligen sollten, defekt sind.

So fehlen von den Kleinhirnsystemen allein diejenigen, welche zu den fehlenden roten Kernen ziehen sollten, die Bindearme, und in analoger Weise auch die aus den Hirnnerven- und Brückenkernen cerebralwärts ziehenden Bahnen. Oberhalb der V. Kerne verarmt die Subst. reticularis der Haube sehr rasch an Fasern und verliert dieselben.

Eine Ausnahme scheint nur die Schleifenformation zu bilden. Sowohl in der Medulla oblongata als auch in der Brücke hat sich ein Faseranteil der medialen Schleife erhalten gezeigt, der aus kräftigeren Fasern zusammengesetzt ist, als z. B. die spärlichen und atrophischen Fäserchen des Schleifenareales bei Hemicephalen. Und diese Schleife hat sich erhalten, trotzdem ein Ausstrahlen in das Zwischenhirn gänzlich ausgeschlossen ist. Dieser scheinbare Widerspruch findet nun dadurch seine Aufklärung, daß die Schleifenfasern am oberen Brückenrande sich in atypischer Weise kreuzen und in die Kleinhirnhemisphären einstrahlen. Dicht oberhalb der Kreuzung ist das Areal der Schleife ganz faserlos und liegt hierin wohl der sicherste Beweis dafür, daß Fasern aus der Schleife cerebellarwärts ziehen.

Diese abnorme Schleifenkreuzung läßt sich der atypischen Kreuzung des Stabkranzes im Zwischenhirne bei Cyclopie und Cebo-

cephalie (Naegeli, Zingerle), der dorsalen Kreuzung von Fasern in der Medulla oblongata (Schürhoff) an die Seite stellen. Sie ist ein neuer Beweis dafür, daß Neurokomplexe, die ihren normalen Anschluß an andere nicht finden, nicht immer verkümmern müssen, sondern in neue Beziehungen zu anderen Teilen treten können. Wir sahen in diesen Korrekturbildungen (Vogt) Äußerungen eines Vermögens der Selbstregulation, das bei abnormaler Entwicklung in Kraft tritt. Bezüglich der lateralen Schleife gestattet die Übersichtlichkeit der Befunde sich kurz zu fassen. Ihre Fasern stammen aus den oberen Oliven, den Trapezkernen und dem Corp. trapezoides und treten wieder in Beziehung zu den Zellen der lateralen Schleifenkerne; sie bilden also ein abgeschlossenes Acusticusneuron. Es läßt sich außerdem nicht ausschließen, daß bei der engen Nachbarschaft des Kleinhirnmarkes auch in dieses Fasern einstrahlen; es bestehen ja auch normal schon Verbindungen der oberen Oliven mit den Dachkernen des Kleinhirns.

Alle Systemdefekte erweisen sich also in unserem Falle in enger Abhängigkeit von der Größe der Gehirnmißbildung. Dieses Untersuchungsergebnis deckt sich vollkommen mit den von anderen Gehirnmißbildungen (Zingerle). Auch bei diesen hat sich uns ergeben, daß stets jene Neurone höherer Ordnung fehlen, welche mit den mißgebildeten Teilen in direkte und ausschließliche Verbindung treten sollten; so war z. B. bei Hemicephalen das Fehlen oder der Bestand von Kleinhirnsystemen davon abhängig, ob das Kleinhirn oder Teile von ihm gebildet waren oder nicht.

Diese bisherigen Beobachtungen gestatten den Schluß, daß das Wachstum der zu Systemen zusammentretenden Neuronkomplexe in enger gegenseitiger Abhängigkeit geschieht. In einem aus dem Verbande des Ganzen isolierten Teile des Zentralnervensystems ist bei der Differenzierung das Gesetz überall vorherrschend, daß alle in ihr erhaltenen Teile in enge gegenseitige Verbindung treten, alle Verbindungssysteme zu den defekten Teilen dagegen in der Entwicklung gehemmt werden, oder neuen Anschluß in der isolierten Anlage suchen. Darin kommt ein Prinzip zum Ausdruck, dem wir ja auch bei der normalen Entwicklung überall begegnen, nämlich die zweckmäßige Zusammenordnung aller Teile zu einem Ganzen.

Klinisch-physiologische Bemerkungen.

Als man sich eingehender mit der Untersuchung derartiger Mißbildungen zu beschäftigen anfing und erkannte, wie häufig isolierte Defekte einzelner Teile der Anlage des Zentralnervensystems bei denselben bestehen, lernte man auch ihre Bedeutung für die Physiologie des Zentralnervensystems immer mehr würdigen. Freilich ist die Verwertung für diese Fragen an die genaue Untersuchung des anatomischen Baues in jedem einzelnen Falle gebunden, denn nur diese eröffnet ein Verständnis für die intra vitam beobachteten Funktionsäußerungen und gestattet daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen, zu welchen Leistungen die einzelnen Segmente der Nervenachse befähigt sind.

Wir sehen im normalen Nervensystem das harmonische Zusammenspiel aller Teile überall zum Ausdruck kommen; die ganze Gliederung ist auf gegenseitige Beeinflussung aller Teile untereinander — Anregung und Hemmung — eingerichtet. Es ist wohl klar, daß gerade diese Einheitlichkeit in unserem Falle tiefgreifend gestört war. Die Neuralachse ist in drei Teile gesondert, deren jeder für sich außer aller Beziehung durch funktionsfähiges Nervengewebe mit den übrigen steht.

Der intracephale Hirnteil des Gehirns bildet gleichzeitig die Aufnahmestätte für die Geruchsempfindungen; diese können aber hier weder auf assoziativem Wege auf andere Sinnesgebiete einwirken, noch Bewegungsäußerungen veranlassen, da das isolierte Riechfeld keine Leitungen zu motorischen Bezirken besitzt. Der Geruchsinn ist also in diesem Gehirn für das psychische Geschehen ohne jede Bedeutung.

Noch vollkommener ist die Ausschaltung bei dem zweiten im Bruchsacke gelegenen Gehirnanteile. Dieser steht überhaupt außer aller Verbindung mit der Peripherie. Denn der vollkommene Mangel von Nervenfasern in den Sehnerven und Tractus opt. hat natürlich eine Ausschaltung aller Lichtreize zur Folge. Es können also gar keine Reize, weder von der Peripherie, noch auf assoziativem Wege in die Hauptmasse der Hemisphären und in das Zwischenhirn gelangen und sind diese Teile daher für eine funktionelle Betätigung gänzlich unbrauchbar. Sehnervenatrophie markiert sich klinisch durch das Fehlen der Pupillenreaktion. Lichtstarre der Pupillen neben Blässe der Sehnervenpapillen im ophthalmoskopischen Bilde wird als häufiger Befund bei Hydroencephalocele beschrieben (vgl.

Muscatello) und läßt sich daraus schließen, daß derartige Entwicklungshemmungen des Zwischen- und Mittelhirns häufiger sind, als es den Anschein hat. Besondere Berücksichtigung verdienen diese Symptome bei der Indikationsstellung für die Vornahme eines operativen Eingriffes, da sie gewissermaßen ein Indikator dafür sind, daß die Störung eine tiefgreifendere ist, als es nach der äußeren Besichtigung den Anschein hat. In Übereinstimmung mit der Entwicklungshemmung des Mittelhirns sind intra vitam auch keine Augenmuskelbewegungen beobachtet worden. Für irgendwelche Augenbewegungen kamen allein die wohlerhaltenen N. abducentes in Betracht. Die Augen waren aber meist geschlossen, die Bulbi geradeaus gerichtet. Es zeigt sich daraus, daß trotz der von den motorischen Nervenkernen unabhängigen Differenzierung der Augenmuskeln, ihre Funktion an das Vorhandensein dieser Centra gebunden ist. Der Augenapparat bietet hier das Beispiel einer weitgehendsten Isolierung. Es fehlen die sensorischen (optischen) Bahnen und ist der größte Teil seiner Muskeln außerhalb jeder Verbindung mit dem Zentralnervensystem.

Den eigentlich funktionsfähigen Teil der Nervenachse bildet somit nur mehr der hintere (Brücken-Rückenmark) Abschnitt und stellt sich dadurch für die klinische Betrachtung der Fall auf dieselbe Stufe, wie manche Fälle von Hemicephalie, in welchen das Nervensystem in derselben Ausdehnung wie hier erhalten ist und funktioniert.

Die gesamten nervösen Zentralfunktionen werden hier durch einen primitiven Apparat bestritten, der seine höchste Organisation in der Brücke und im Kleinhirn erlangt hat. Um so interessanter ist es, daß sich trotzdem in vielen Punkten das Kind von einem normalen Neugeborenen nicht unterschied. Ein Verständnis hierfür hat nun die anatomische Untersuchung ergeben, die zeigte, wie durch innige Verbindung aller Teile untereinander ein ausgedehntes Reflexfeld geschaffen ist, in welchem die verschiedenen Sinnesreize in gegenseitige Konkurrenz treten können und nicht nur einfache Reflexbewegungen, sondern komplizierte Muskelaktionen auszulösen vermögen. So konnte das Kind — wie ein normales — ohne Schwierigkeit saugen, ebenso schlucken. Der Schluckreflex wurde erst allmählich schwer gestört, vielleicht infolge von Blutungen in die Kerngebiete. Auch der Bindehautreflex lief prompt ab, und ist dabei besonders deutlich, daß der Reflexbogen nur vom Trigeminus-Facialis gebildet sein kann. Sehr deutlich war desgleichen der Greifreflex auslösbar, der auch bei Hemicephalen von Sternberg und

Latzko nachgewiesen wurde. In das Gebiet der komplizierten Reflexe sind auch die Konvulsionen zu rechnen, die sich bei Druck auf den Bruchsack einstellten. Es bedarf wohl keiner gesonderten Darlegung mehr, daß diese Konvulsionen nirgends anders, als im hinteren Abschnitte der Neuralachse ausgelöst werden konnten, und zwar entweder durch die Drucksteigerung innerhalb der Cerebrospinalflüssigkeit bei Kompression des Bruchsackes, oder durch Reizung von in den Häuten verlaufenden Trigeminusfasern. Im Anschluß an Nothnagels Befunde über das Auftreten von allgemeinen Konvulsionen bei Reizung bestimmter Partien am Boden der Rautengrube hat Binswanger Reflexzentren in den vorderen Abschnitten des verlängerten Markes nachgewiesen, die im Haubenteile gelegen sind und deren Reize beim Hunde einen tonischen Krampf auslöst; bei Kaninchen fanden sich Reflexzentren im Haubenteile des Pons, denen er die Bedeutung einer Sammelstation der Niveauzentren des Rückenmarkes beilegt, da sie auch der Vermittlung umfassender assoziativer Bewegungsformen dienen. Unser Fall bringt den Nachweis, daß auch beim Menschen derartige Zentren bestehen, die ebenfalls in der Medulla oblongata oder im Pons gelegen sind, und bei Reizung ausgebreitete Krampfbewegungen auslösen.

Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Funktionsäußerungen war aber bei dem Kinde der völlige Mangel an Gefühlsäußerungen auffällig. Es schrie und weinte niemals, selbst während der Anfälle kam es nicht zu lautlichen Äußerungen. Auch waren die mimischen Bewegungen im allgemeinen auf einer niederen Stufe, und beschränkten sich auf schmatzende Lippenbewegungen. Eine Stille der Kinder bei Hydroanencephalie ist auch anderen Autoren schon aufgefallen; so erwähnt speziell Ernst das Ausbleiben des Schreireflexes in seinem Falle und hebt Behrend die Indolenz derartiger Kinder neben dem Mangel des Schreiens hervor. Es steht mit diesen Tatsachen in einem Widerspruche, daß bei Mißbildungen mit noch weitgehenderen Defekten Schreireflexe beobachtet wurden, z. B. bei Hemicephalen (Sternberg, v. Muralt), und sind wir derzeit außerstande den Widerspruch befriedigend aufzuklären. Möglicherweise spielen hier die andersartigen Druckverhältnisse in der Cerebrospinalflüssigkeit eine hemmende Rolle, um so mehr, als ja bald nach der Geburt die Spannung durch Zunahme der Cerebrospinalflüssigkeit zunimmt. Der Mangel an komplizierten mimischen Bewegungen ist erklärbar durch das Fehlen jeder Verbindung mit den Sehhügeln, deren Beziehung zu dem Ablauf der mimisch-automatischen Ausdrucksbewegungen wohl durch vielfache Erfahrungen sichergestellt ist.

Die Reduktion des Zentralnervensystems auf einen so kleinen funktionsleistenden Teil hat natürlich eine Vereinfachung der Aufgaben infolge der Veränderungen des Reizzuflusses nach sich gezogen. Der klinische Ausdruck hierfür findet sich auch in der allgemeinen Verarmung der Bewegungsäußerungen. So hat sich also hier in nervöser Hinsicht ein niederer Organismus ausgebildet, der durch seine ganze Anlage nur zu primitivsten Leistungen — Verarbeitung einiger Sinnesreize zu teils geordneten Bewegungskombinationen, einiger einfacher Reflexaktionen, sowie zur Erhaltung der vegetativen Funktionen, z. B. Herz-, Atmungstätigkeit usw., befähigt ist. Es ist wohl selbstverständlich, daß in einem derartigen Falle ein operativer Eingriff ganz sinnlos wäre, selbst wenn dadurch das Leben erhalten werden könnte. Durch Abtragung des Bruchsackes würde nichts anderes erreicht, als daß im Schädel zwei ganz aus ihrem Zusammenhange gerissene Teile des Zentralnervensystems erhalten blieben, ohne daß ein günstiger Einfluß auf die psychische Leistungsfähigkeit daraus zu erwarten wäre.

Es soll damit selbstverständlich nicht die Berechtigung operativer Eingriffe bei Hirnbrüchen im allgemeinen in Abrede gestellt werden. Der Fall lehrt aber, daß man für ein zweckmäßiges Vorgehen die Mahnung Lindfors nicht genug beherzigen kann, daß man die Fälle möglichst genau individualisieren und nur die am meisten passenden zum Operieren auswählen solle. Für die Indikationsstellung bieten sowohl die Größe des Bruches als auch die Schädelformation wertvolle Anhaltspunkte. Läßt schon die Größe des Bruchsackes erraten, ob ausgedehntere Hirnteile in denselben verlagert sind, so ist ein noch sicherer Index dafür der Schädelbefund. Denn die engen Wachstumskorrelationen zwischen Hirn und Schädel bringen es mit sich, daß der Masse des außerhalb des knöchernen Schädels dislozierten Gehirns eine entsprechende Verkleinerung des Schädels parallel geht. *Ein stärkerer Grad von Mikrocephalie wie z. B. in unserem Falle ist daher eine unbedingte Kontraindikation gegen die Vornahme einer Operation.* Von dieser abzusehen ist auch dann, wenn aus anderen Erscheinungen (z. B. Atrophie der Sehnerven) kenntlich ist, daß auch die innerhalb des Schädels gelegenen Teile nicht normal entwickelt sind. Ein typisches Beispiel eines Falles, der unter diesen Gesichtspunkten gänzlich ungeeignet zur Operation war, ist der zweite der von Beck beschriebenen und abgebildeten Fälle, der einen hochgradigen mikrocephalen sieben Wochen alten Knaben mit großer

occipit. Hydroencephalie betraf, in welche Kleinhirn- und Großhirnanteile verlagert waren.

Literaturverzeichnis.

Beck, Contribution to the Therapy of Encephalocele. Internat. Medical Magazine, New-York 1900.
Behm, Ein Fall von angebornem Gehirnbruch. Münch. med. Wochensch. 1900.
Behrend, Über angeborne große Tumoren. Berl. kl. Wochensch. 1864.
Binswanger, Die Epilepsie in Nothnagels Handbuch.
Ernst, Mehrfache Bildungsfehler des Zentralnervensystems bei Encephalocele. Zieglers Beiträge 25.
Förster, Die Mißbildungen des Menschen. Jena 1861.
Göbl, Zur Anatomie und Behandlung der Hydroencephalocele. Zeitsch. für Heilkunde X.
Hertwig, Allgemeine Biologie. Jena 1905.
Hertwig, Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte 1906.
His, Die Entwicklung des menschl. Gehirnes. Leipzig 1904.
Hildebrand, Untersuchungen zur Lehre der Spina bifida und der Hirnbrüche. D. Zeitsch. f. Chirurgie, 36. B.
Lindfors, Zur Lehre von den angebornen Gehirnbrüchen. Volkmann's klin. Vorträge, N. F. No. 222/223.
Mirtsch, Eine Frucht mit Hydroencephalocele und anderen Mißbildungen. J. D. Königsberg 1898.
Möller, Über Hydroencephalocele und die Frage ihrer operat. Behandlung. D. Z. f. Chirurg. 48. B.
v. Monakow, Über die Mißbildungen des Zentralnervensystems in Lubarsch und Ostertag Ergebnisse, 6. Jahrgang.
v. Muralt, Über das Nervensystem eines Hemicephalen. Arch. f. Psych. 34.
Muscatello, Über angeborne Spalten des Schädels. Arch. f. Chirurgie von Langenbeck, 47. B.
Neumann, Einige Bemerkungen über die Beziehungen der Nerven und Muskeln zu den Zentralorganen beim Embryo. Arch. f. E.-Mechanik, 13. B.
Retzius, Das Menschenhirn. Stockholm 1896.
Sternberg u. Latzko, Studien über einen Hemicephalus etc. D. Z. f. Nervenheilkunde. XXIV.
Siegenbeck van Heukelom, Über Encephalocele. Arch. f. E.-Mechanik, 4.
Talko, Über angeborne Gehirnhernien. Virch. Archiv, 50.
Vogt, Über Anatomie, Wesen und Entstehung mikrocephaler Mißbildungen. Arbeiten aus dem Hirnanatom. Instit. in Zürich. 1905.
Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1867.
Zingerle, Über Störungen der Anlage des Zentralnervensystems. Arch. f. E.-Mechanik, 1902.
Zingerle, Über Porencephalia congenita. Z. f. Heilkunde, 1905.

Figurenbezeichnung.

Aca = Art. communicans ant. *Afs* = Art. Fossae Sylvii. *Arch* = Arachnoidea. *B* = Boden des Zwischenhirnes. *CA* = Cornu Ammonis. *Car* = Carotis. *Cho* = Chiasma n. opt. *Crst* = Corp. restiforme. *Cstr* = Corp. striatum. *Ctpr* = Corp. trapezoides. *Dm* = Dura. *D* = Decke des Zwischenhirnes. *DLm* = Schleifenkreuzung. *Ep* = Epidermis. *FG* = Goll'scher Strang. *Flc* = Flocke des Kleinhirnes. *Flp* = Fascic. longit. posterior. *FM* = Foramen Monroi. *Fpall* = Mantelspalte. *Fpo* = Fissura parieto-occip. *Fx* = Falx major. *Gk* = Gefäßknäuel. *h* = Heterotop. grauer Substanz. *H* = Haube. *Hp* = Hinterhauptspol. *Inf* = Infundibulum. *K* = Kerbe. *KlH* = Cerebellum. *Klhs* = Kleinhirnseitenstrangbahn. *LH* = Linke Hemisphäre. *Ll* = lat. Schleife. *Lm* = mediale Schleife. *M* = mittleres Bindegewebsstratum des häutigen Bruchsackes. *Mh* = Mittelhirn. *Mobl* = Medulla oblongata. *Narc* = Nucl. arciformis. *Ncu* = Nucl. cuneatus. *Ndent* = Nucl. dentat. des Kl.H. *NV* = N. trigem. *obSt* = oberer Bruchstiel. *Olf* = Olfactorius. *Oi* = untere Olive. *Os* = obere Olive. *Po* = Pons. *R* = Rinde. *RH* = Rechte Hemisphäre. s_1—s_4 = Längsfurchen der Stirnlappen. *Sa* = weiße Substanz. *Sgl* = Subst. gelatinosa. *Sp* = Sulc. parietalis. *Uh* = Unterhautzellgewebe. *untSt* = unt. Bruchstiel. *V* = Ventrikel. *Vlat* = Seitenventrikel. *Vw* = Ventrikelwand. *Z* = Querschnitt durch die papillenartigen Auswüchse der Ventrikelhöhlen.

Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung.

(Referat, erstattet auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M., 25.—27. April 1907.)

Von

Direktor Dr. med. **O. Kluge**, Potsdam.

Die Frage nach der Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung steht in innigem Zusammenhange mit dem Problem über Geisteskrankheit und Verbrechen. Wenn unter den Gewohnheitsverbrechern schon ein Satz von 30 Proz. auf die Jugendlichen unter 18 Jahren kommt und wenn als endgültig für das soziale Leben verloren schon die Kriminellen zwischen dem 17. und 20. Lebensjahr angesehen werden müssen, so weisen uns diese Daten schon mit zwingender Gewalt darauf hin, den Grund dieser antisozialen Tendenzen bei dem größten Teile dieser Jugendlichen in einer ihnen angeborenen minderwertigen Anlage zu suchen.

Hierfür spricht vor allem auch die Erfahrung, daß die Mehrzahl der Verbrechen in der Regel nur immer von einzelnen Familien ausgeht, in denen Trunksucht und Verbrechen, Prostitution und Perversität, Schwachsinn und Geisteskrankheit mit allen Abstufungen und Abarten psychisch-nervösen Zerfalls sich eingenistet haben und von Generation auf Generation vererben. Es spricht hierfür auch die Tatsache, daß Kinder, welche schon im intrauterinen Leben oder nach der Geburt schweren Schädigungen und verderblichen Einflüssen ausgesetzt waren, in ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung sehr oft dauernden Schaden nehmen und dies gerade in gesellschaftsfeindlichen Trieben und Handlungen bekunden.

Die Psychiatrie hat diesen Erkenntnissen auch schon seit Jahrzehnten Rechnung getragen, und die Studien und Lehrbücher über die Geistesstörungen im Kindesalter befassen sich speziell in Deutschland seit GRIESINGER mit immer größerem Interesse und immer tieferer Gründlichkeit mit dieser Frage bis in diese unsere Zeit hinein, und wenn hier Namen angeführt werden sollten, so würden sie zu den klangvollsten in der deutschen Psychiatrie gehören.

Ohne Zweifel war es auch LOMBROSO und seine Schule, die diesen Forderungen und Strebungen den nachhaltigsten Antrieb gaben, wenngleich die anthropologischen, morphologischen und atavistischen Prinzipien dieser Richtung gerade vor der Kritik der deutschen Forscher nicht Stand hielten und sich von denselben eine Vertiefung und Verschiebung nach der klinischen Richtung hin gefallen lassen mußten.

In welch regem Fluß sich diese (neuzeitlichen) Bestrebungen allenthalben befinden, das bezeugen uns auch die mit den medizinisch-naturwissenschaftlichen Hand in Hand gehenden kriminalogischen und soziologischen Tendenzen, welche darauf hinauslaufen, der Entwicklung der Strafrechtspflege eine Richtung in der Weise zu geben, daß den Ursachen der verbrecherischen Tat und der Individualität des Verbrechers die ausschlaggebende Bedeutung zuzuerkennen ist.

Der Kriminalität der Jugendlichen gegenüber hat eben das gegenwärtig noch im größten Umfange geübte System der Vergeltung und der Strafe ohne Zweifel versagt, und so geht man in den Kulturstaaten mehr und mehr daran, an Stelle der Bestrafung das Prinzip der Wiederaufrichtung, der Erziehung und der Besserung zu setzen. Die letzten diesbezüglichen Gesetze Hollands und Belgiens lassen das mit aller Deutlichkeit erkennen; von Frankreich und mehr noch von England hören wir von weitblickenden Maßnahmen gleicher Art, wie sie gerade in England auch bereits zu den nachweisbar erfreulichsten Erfolgen durch die Einrichtung der Arbeits- und Reformschulen geführt haben. Von Australien, Kanada und Nordamerika erfahren wir, daß daselbst die Einrichtung der Jugendgerichtshöfe und der Kindergerichte sich auf das beste bewährt hat, so daß man speziell aus Amerika geradezu Wunderdinge zu berichten weiß.

In Deutschland haben diese Bestrebungen ein langsameres Tempo innegehalten, und die bisher erzielten Erfolge beschränkten sich zunächst nur mehr auf die Maßregeln des Strafaufschubs und

der bedingten Begnadigung und auf den gelegentlichen Ersatz der Vergeltungsstrafe durch die Schutzstrafe.

Den hoffnungsvollsten Ausblick erweckte da nun die Einbringung des neuen Fürsorgeerziehungsgesetzes, der „großen sozialen Tat“, die es ermöglichen sollte sich der verwahrlosenden und verbrecherischen Jugend abwehrend, vorbeugend, erzieherisch und bessernd anzunehmen.

Leider haben bis jetzt diese Erwartungen und Hoffnungen im wesentlichen getrogen, und, wie wir es mit Sicherheit hervorheben können, deshalb zu einem wesentlichen Teil getrogen, weil der medizinischen Mitwirkung bei der Durchführung dieses Fürsorgegesetzes nicht der Spielraum zugebilligt ist, der ihr im Hinblick auf die zur Entartung und Verwahrlosung der Jugendlichen führenden Ursachen zukam.

Bei einer näheren Erörterung des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes — wir können uns lediglich an dieses halten, da die gleichartigen Gesetze der übrigen Bundesstaaten, wenigstens was die ärztliche Mitwirkung anbelangt, im Grunde nichts Wesentliches vor jenem voraus haben — erscheint von prinzipieller Bedeutung der 1. Absatz des 1. Paragraphen, der auf Grund der §§ 1666 und 1638 BGB. aufgebaut ist und etwa folgenden Inhalt hat:

„Wird das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen und unsittlichen Verhaltens schuldig macht — liegt also ein schuldhaftes Verhalten der mit der Erziehung betrauten Persönlichkeit vor, — so kann das Vormundschaftsgericht anordnen, daß das Kind zum Zweck der Pflege und Erziehung in einer geeigneten Familie, Erziehungs- oder Besserungsanstalt untergebracht wird, und kann ebenso anordnen, daß im Falle der Verwaisung der Mündel zum Zweck der Erziehung in der gleichen Weise untergebracht wird. Die Fürsorgeerziehung selbst soll in diesen vorgenannten Fällen jedesmal dann erst eintreten, wenn besondere Maßnahmen erforderlich erscheinen, um die körperliche und geistige Verwahrlosung zu verhüten.“

In der Praxis hat nun dieser Absatz mit seiner zweifellosen präventiven Absicht infolge von teils verwaltungstechnischen Schwierigkeiten, teils einseitigen juristischen Auslegungen eine sehr bedauerliche Einschränkung erfahren, die zur Folge hatte, daß zum Schaden des vorbeugenden Charakters dieses Absatzes die

Zuweisungen auf diese Gesetzesbestimmung hin eine fast ständige Abnahme zu erfahren gehabt haben.

Wird hierbei nun das gefährdete oder verwaiste Kind nach § 1666 .oder 1638 zunächst nur dem Ortsarmenverband überwiesen, so hat dieser sich desselben auf seine Kosten anzunehmen; kommt es dagegen zum Ausspruch der Fürsorgeerziehung, adnn trägt der Staat zwei Drittel und der Landarmenverband ein Drittel der Kosten, während der Ortsarmenverband im wesentlichen frei ausgeht.

Es ist klar und auch übergenug dargetan, daß sich bei der Anwendung dieses § 1 Ziffer 1 insofern große Meinungsverschiedenheiten und zum Teil recht unliebsame Auseinandersetzungen herausstellen müssen und herausgestellt haben, als die richterliche, durch kammergerichtliche Entscheidung gestützte Auffassung dahin zielt, die Verhängung der Fürsorgeerziehung möglichst hinauszuschieben und das gefährdete Kind der Sorge der öffentlichen Armenpflege zu überlassen. Da dieser nun leicht die Pflegekosten für das zu übernehmende Kind zufallen, indem eben das Vormundschaftsgericht nicht auf Fürsorgeerziehung, sondern nur auf Anwendung der §§ 1666 bzw. 1638 erkennt, sucht sie, zumal in den ärmeren Gemeinden, nach Möglichkeit der Stellung von Anträgen auf Fürsorgeerziehung überhaupt aus dem Wege zu gehen. Daß damit zweifellos die gerade hier erstrebte Absicht, vorbeugend ein gefährdetes Kind rechtzeitig seinem schuldhaften Erzieher und einem unzulänglichen Milieu zu entreißen nicht erreicht wird, liegt auf der Hand.

Berücksichtigt man hierbei noch weiter den Umstand, daß die Armenverbände gesetzlich nicht verpflichtet sind, auch für die schulmäßige Erziehung eines ihm zur Pflege überwiesenen Kindes zu sorgen, so finden wir hier auch eine Erklärung dafür, daß die Statistik eine Abnahme der Überweisungen von Kindern noch schulpflichtigen Alters, dafür aber eine Zunahme aus den höheren Altersstufen zu konstatieren hat.

Auch dieses Moment trägt dazu bei, die präventive Bedeutung dieser so wertvollen Gesetzesbestimmung in Frage zu stellen.

§ 1 Nr. 2 setzt die Fürsorgeerziehung für die Fälle fest, in denen ein noch nicht im strafmündigen Alter stehendes Kind sich eines Vergehens oder Verbrechens schuldig gemacht hat, bzw. in denen ein im Alter von 12—18 Jahren stehender Minderjähriger eine strafbare Handlung begangen hat, für die er infolge mangelnder Einsicht nicht voll verantwortlich gemacht werden kann, und wobei die weitere Verwahrlosung verhütet werden soll.

Ziffer 3 besagt im wesentlichen, daß ein Kind dann der Für-

sorgeerziehung zu übergeben ist, wenn zwar kein schuldhaftes Verhalten der Erziehungsverpflichteten, sondern nur die erzieherische Unfähigkeit und Unzulänglichkeit des Elternhauses und der Schule vorliegt und die völlige Verwahrlosung des Minderjährigen droht.

Die in diesen beiden Bestimmungen enthaltenen Ausdrücke der weiteren und der völligen Verwahrlosung deuten schon mit aller Klarheit darauf hin, daß es sich hier immer weniger um einen noch vorbeugenden Eingriff handelt. Und daß die richterliche Auffassung, das Fürsorgegesetz habe nur subsidiär und als äußerste erzieherische Maßnahme zu wirken, in der Praxis tatsächlich leider allzusehr zur Geltung gelangt, ergibt sich auch daraus, daß noch immer alljährlich eine außerordentlich große Zahl — in Deutschland 50000 — von Delikten kindlicher und jugendlicher Individuen zur Aburteilung kommen. Und ebenso erhellt der nur mehr subsidiäre Charakter des Gesetzes aus dem Umstande, daß, wie oben schon angedeutet, die Zuweisungen auf Grund des Absatzes 3, der es ja bis zu einer völligen Verwahrlosung kommen läßt, eine Zunahme erfahren auf Kosten der Ziffer 1 mit ihrer vorbeugenden Tendenz. So kann man annehmen, daß bei etwa zwei Dritteln aller Fürsorgekandidaten die Verwahrlosung bereits eingetreten ist.

Zweifellos eröffnet uns dieser kurze orientierende Überblick über das Gesetz und seine Anwendungsweise eine Reihe von Gesichtspunkten, welche das lebhafte Interesse des Psychiaters erwecken müssen.

Wenn die außerordentlich wertvollen Ausführungsbestimmungen zum F.EG. in gewiß bestgemeinter Absicht das Moment der Vorbeugung in den Vordergrund gerückt haben wollen, so involviert dieser Hinweis an sich eigentlich bereits die Forderung, ein intellektuell und moralisch gefährdetes Kind möglichst frühzeitig schon einer genaueren Untersuchung auf seinen Gesundheitszustand zu unterziehen. Der Absatz 1 spricht ja nun auch klipp und klar von einer körperlichen und geistigen Verwahrlosung, die doch aber nur unter Hinzuziehung des Arztes einwandsfrei festgestellt werden könnte. Auch wird ja hier gerade für viele Fälle die Entscheidung darüber einsetzen müssen, ob ein Minderjähriger besser in Fürsorgeerziehung zu geben, oder als idiotisch oder epileptisch oder geisteskrank einer Krankenanstalt zuzuführen wäre, auf Grund der betreffenden speziellen Landesgesetze über die öffentliche Armenpflege.

Und wo es sich um Delikte von Kindern und Halberwachsenen handelt, wird sich der Gedanke an eine Anomalie oder einen Defekt fast grundsätzlich aufdrängen müssen. Ebenso erfordert die Be-

urteilung der Einsicht und des Strafbarkeitsbewußtseins die genaue fachärztliche Untersuchung der Psyche des Jugendlichen, die sich sonst nur allzuleicht mit einer mehr summarischen und oberflächlichen Intelligenzprüfung begnügt und die Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit und der ganzen psychischen Veranlagung außer acht läßt. Das neue belgische Gesetz läßt dieses so zweifelhafte Kriterium verständigerweise bereits ganz beiseite.

Aber auch dann immer, wo es sich um besonders schwer lenkbare und den gewöhnlichen erzieherischen und pädagogischen Einflüssen unzugängliche Individuen handelt, wie sie Absatz 3 uns vorführt, wird man stutzig sein und nach einer ärztlichen Klarstellung und Begutachtung verlangen müssen.

Nichts von alledem bringt das Gesetz zweckbewußt in Anregung und noch weniger verlangt es in förmlicher Weise nach ärztlicher Mithilfe. Wohl weist es an einer Stelle darauf hin, daß auch schwachsinnigen Minderjährigen die Wohltat des Gesetzes zuteil werden soll, doch scheint es dabei nur die leichten Schwachsinnsformen im Auge zu haben, die es, psychiatrisch wohl nicht ganz glücklich ausgedrückt, als nicht eigentliche Geisteskrankheit aufgefaßt haben will. Im übrigen spricht es nur mehr gelegentlich davon, daß man in einzelnen Fällen auch den Arzt zu Rate zu ziehen haben werde und daß wohl auch der Arzt gegebenen Falles Anträge auf Einleitung der Fürsorgeerziehung stellen werde. Es läßt also die Kritik psychischer Abnormitäten in der Regel abhängig sein von dem Ermessen des Laienelementes, wie es sich auch von diesem Aufschluß geben läßt über das psychische Befinden der Zöglinge in den Personalbögen derselben, in den Antragsformularen und den Erziehungsberichten.

Die deutsche Psychiatrie hat auf diese Lücken und Mängel im Gesetz schon sehr bald nach seinem Erscheinen hingewiesen. Speziell war es Laquer, der vor dieser Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie schon 1902 auf die Außerachtlassung der psychiatrischen Mitwirkung hinwies, und in ähnlicher Weise brachte die Jahresversammlung von 1905 weitere Darlegungen bezüglich der Notwendigkeit psychiatrischer Mithilfe in den von mir und Tippel gebrachten Ausführungen.

Hand in Hand damit gingen zahlreiche diesen Gegenstand behandelnde Arbeiten und Veröffentlichungen, unter denen ich, ohne auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, nur auf die von Schwab, Laquer, Moses, Dannemann, Bresler, Seelig, Bratz, Thoma und Neisser hinweisen möchte, auf letztgenannten gerade mit Bezug

auf sein vor dem letzten Fürsorgeerziehungstage gebrachtes Referat. Auf die wohlbekannten Untersuchungen MÖNKEMÖLLER's und BONHÖFFER's, die ja wohl als die ersten in das dunkle Gewirr der in der Zwangsanstalt und in dem Gefängnis sich zusammenfindenden jugendlichen Abnormitäten kühnlich hineinleuchteten, brauche ich gewiß nicht mehr besonders aufmerksam zu machen.

Inzwischen hat sich nun aber auch die Notwendigkeit der psychiatrischen Mitwirkung bei der praktischen Durchführung des Gesetzes mehr und mehr zu erkennen gegeben, und es waren die mit der Erziehung, Unterbringung und Behandlung der Fürsorgezöglinge betrauten Organe, insbesondere die Vorstände und Leiter der einzelnen Erziehungs- und Besserungsanstalten, die aus diesen wieder sich zusammenschließenden Verbände und Vereinigungen, die mit diesem Zweige öffentlicher Fürsorge beauftragten Verwaltungs- und juristischen Behörden, die in dieser Materie öffentlicher Wohltätigkeit arbeitenden charitativen Gesellschaften, zumal die der „Inneren Mission“, die auf ihren Konferenzen und ihren Tagungen sich diese Fragen bezüglich der psychopathisch-minderwertigen Fürsorgezöglinge angelegen sein ließen.

Es zeigte sich bei alledem je länger je mehr, daß der Psychiater, anfangs nicht ohne Bedenken und Befürchtungen ob LOMBROSO'scher Anwandlungen zugelassen, später mit immer offenkundigerem Vertrauen und immer stärker wachsendem Verständnis und immer allgemeinerem Interesse angehört und schließlich als ein zur Lösung dieser Fragen unentbehrlicher Helfer zitiert und begrüßt wurde, wie dies auf dem vorjährigen Erziehungstage in Breslau sich in den bezeichnenden Worten des Vorsitzenden zu erkennen gab: „Ihr Herren Mediziner, kommt herüber und helft uns!“

Im großen und ganzen geschah aber hier noch nichts Planmäßiges und Durchgreifendes und es blieb nur mehr bei einem mehr oder weniger zielbewußten Anlaufe und Anstoße, die hier und da gemacht wurden zur weiteren Ausgestaltung dieser Maßnahmen. So konnte beispielsweise TIPPEL in Kaiserswerth schon ein größeres Material von Minderwertigen sichten und an ihnen sich psychiatrisch betätigen.

Die Erziehungsanstalt Lichtenberg bei Berlin bot dem dort amtierenden Psychiater Gelegenheit, weitere Studien über den Geisteszustand mehrerer hundert älterer Fürsorgezöglinge anzustellen. Wertvolle Ergebnisse zeitigte auch die Behandlung einer größeren Reihe schwer neuropathischer epileptischer Zöglinge an der Epileptikeranstalt Wuhlgarten, auf welche die Jahresberichte dieser

Anstalt und vor allem die letzten Veröffentlichungen von Bratz hinweisen, der hier besonders auf die gesteigerte Affektivität der Minderwertigen hinweisen kann.

Einen wesentlichen Fortschritt in dieser ganzen Sache will es bedeuten, daß schon seit mehreren Jahren die Frankfurter Irrenanstalt sich eine Sonderabteilung für kindliche und jugendliche Abnorme zugelegt hat, die insbesondere auch als Beobachtungsstation für Fürsorgezöglinge gilt und welche sich als eine gar nicht mehr zu entbehrende segensreiche Einrichtung herausgestellt hat.

Über die seitens der brandenburgischen Provinzialbehörde getroffenen Institutionen, die anscheinend die am weitestgehenden und die übersichtlichsten dieser Art sind, werden die späteren Ausführungen Auskunft geben.

Um in alle hier aufstoßenden Fragen Plan und Ordnung zu bringen, erscheint es unabweislich, zunächst möglichst genaue Daten darüber festzulegen, wieviel psychisch abnorme und defekte Fürsorgezöglinge sich überhaupt in der Zahl derselben vorfinden, und sodann ein möglichst klares Bild über die Erscheinungsformen der einzelnen sich darbietenden Störungen und Mängel zu gewinnen.

Der Versuch einer zahlenmäßigen Feststellung gestaltet sich nun aber leider von vornherein zu einem recht schwierigen, indem ja alle auf fachmännischer Expertise basierenden Unterlagen fehlen.

Sehen wir uns die seitens des Ministeriums des Innern herausgegebene Statistik für das Jahr 1905 hieraufhin an, so wird der Satz der als „geistig nicht gesund“ neu überwiesenen Fürsorgezöglinge auf 10,7 Proz. angegeben. Es macht dies dem Jahr 1904 gegenüber mit 9,3 Proz. eine deutliche Steigerung aus, die sich vielleicht schon auf Konto eines eingetretenen besseren Verständnisses für geistige Gebrechen setzen läßt. Jedoch ist anzunehmen, daß dieser Ansatz noch erheblich hinter der Wirklichkeit zurückbleibt. — Auf eine sorgfältigere Bearbeitung und genauere Nachforschung dürfte auch die Tatsache zurückzuführen sein, daß die Angaben über den Prozentsatz der als hereditär belastet anzunehmenden Zöglinge ebenfalls in der letzten Zeit gestiegen sind; von 5,1 auf 7,6 und 8,3 Proz. in den letzten 3 Jahren.

Bis zu einem gewissen Grade könnte hier auch die Zahl der in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Zöglinge mit annähernd 1,5 Proz. zu einer statistischen Verwertung herangezogen werden. Doch sind unter Krankenanstalten hierbei auch

Krüppel-, Lungenheil- und andere für körperliche Erkrankungen bestimmte Institute mit einbegriffen, so daß sich exakte Schlüsse nicht ziehen lassen.

Etwas weiter dürften wir kommen, wenn wir das Verhältnis der Analphabeten oder der sonst in der Schule auffallend zurückgebliebenen Kinder (zu den erfolgreicher ausgebildeten Zöglingen) als Maßstab gelten lassen. Es konnten von den über 12 Jahr alten Minderjährigen weder lesen noch schreiben noch rechnen 13,9 Proz., und es konnten dies in nur beschränktem Maße nur 2 Proz., was zusammen also einen Satz von 16 Proz. ergibt. Gewiß muß diese Zahl die soeben angeführte statistische von 10,7 Proz. schon bedenklich erschüttern.

In Berücksichtigung zu ziehen sind hier auch schließlich die über die erzielten Resultate der Fürsorgeerziehung angestellten Ermittlungen, da wir die hier sich ergebenden Mißerfolge mit größter Wahrscheinlichkeit bei solchen Elementen zu suchen haben werden, deren Unerziehbarkeit mit psychischen Mängeln und Abweichungen zusammenhängt.

Hier stoßen wir auf die Zahl von 33 Proz. der männlichen und 20 Proz. der weiblichen Zöglinge bei den schon unter das neue Fürsorgegesetz fallenden Individuen.

Eine Art von Gegenprobe, welche die offizielle günstige Statistik noch weiter ins Wanken geraten lassen muß, gibt als *gute* Erziehungsresultate bei den männlichen Zöglingen reichlich 10, bei den weiblichen knapp 7 Proz. an, worunter die als endgültig oder auch als widerruflich entlassungsfähigen Zöglinge der Jahrgänge 1901 und 1902 zu verstehen sind. Das sind gewiß recht niedrige Ziffern und sie deuten mit Notwendigkeit darauf hin, daß unter dem ganzen übrigen Gros eine noch erkleckliche Anzahl psychisch zweifelhafter Elemente zu suchen sein wird.

So stehen denn auch die gelegentlich von psychiatrischer Seite angestellten Ermittlungen mit den offiziell zugegebenen Zahlen stark in Widerspruch. Mönkemöller fand bei seiner sehr vorsichtigen Zuammenstellung unter den Lichtenberger Zwangszöglingen nur 41,5 Proz. normaler Jugendlicher, und Tippel berechnete unter 163 Zöglingen nicht weniger als 3,6 Proz. ausgeprägt Geisteskranke und an 67 Proz. psychopathisch Minderwertige, insgesamt also über 70 Proz. psychisch abnormer Individuen.

Eine in kleinerem Umfange von Neisser angestellte Statistik aus der früheren Erziehungsanstalt Lublinitz ergab 36,1 Belastete, neuropathische und psychisch abnorme Kinder.

Mehr beiläufig sei hier erwähnt das Ergebnis einer von mir bei 100 deutschen Heil- und Pflegeanstalten vorgenommenen Umfrage bezüglich der Zahl der in ihnen untergebrachten geisteskranken Fürsorgezöglinge. Es ergab sich hier ein Satz von ca. 0,3 Proz. der Anstaltsinsassen, also eine verhältnismäßig niedrige Zahl, die sich wohl aus der Abneigung der Verbringung jugendlicher Zöglinge in die Irrenanstalt erklärt. Die Frage nach dem Vorhandensein früherer Fürsorge- und Zwangszöglinge in diesen Anstalten konnte leider nicht erschöpfend beantwortet werden, da es einer Reihe von Anstalten hierzu an den erforderlichen aktenmäßigen Unterlagen und den genaueren anamnestischen Angaben fehlte. Sie wäre hiernach cum grano salis auf etwa 0,2 Proz. anzunehmen, eine gewiß viel zu niedrige Zahl, wenn man als zu einer Art Gegenbeweis die Zahl der in Korrigenden- und Strafanstalten befindlichen Vagabonden und Bettler heranzieht, die nach den Mendel-schen und Bonhöffer'schen Untersuchungen als geisteskrank bzw. als minderwertig anzusehen sind. Hier stoßen wir auf einen Prozentsatz von mehr als 20 Proz. Geisteskranker bei Mendel und mehr als 60 Proz. Minderwertiger bei Bonhöffer.

Seitens der brandenburgischen Provinzialbehörde ist nun im vergangenen Sommer eine ähnlichen Zwecken dienende Enquete in der Weise angestellt worden, daß an sämtiiche Erziehungsanstalten und Familienkolonien 1800 Exemplare eines in der Potsdamer Anstalt ausgearbeiteten Fragebogens gesandt wurde behufs Ermittlung der eventuell vorhandenen minderwertigen Fürsorgezöglinge. Es hielt sich dieser Fragebogen möglichst von technischen Ausdrücken frei, beschränkte sich nur auf das notwendigste und war so abgefaßt, daß er auch dem weniger Bewanderten eine leidlich bequeme Handhabe bieten konnte. Von diesen 1800 Fragebögen kamen in positivem Sinn beantwortet zurück nur 138, was bei einer Gesamtzahl von ca. 5000 Fürsorgezöglingen unter Hinzurechnung der schon in Krankenanstalten untergebrachten Zöglinge einem Prozentsatze von 5 Proz. entsprechen würde — also ein auffallend niedriges Verhältnis. Jedoch kann auch dieses Ergebnis als maßgebend nicht angesehen werden. Von vornherein erwies sich schon bei der Durchsicht der Fragebögen, daß diese nur dort mit einem vollen Verständnis für die Sache erledigt worden waren, wo man sich mit dieser Frage schon eingehender befaßt und wo man sich auch der Mithilfe eines Arztes vergewissert hatte. Ganz erheblich verschoben sich aber nun die Zahlen, als ich mit einer eingehenderen psychiatrischen Untersuchung der besonders verdächtig erscheinen-

den Fälle beauftragt wurde. Es stellte sich hier alsbald heraus, daß außer den angegebenen Minderwertigen noch eine erhebliche Zahl gleichartiger und eine noch größere Zahl weniger deutlicher Fälle von psychopathischer Konstitution und Schwachsinn vorhanden war. Eingehendere Besprechungen mit den Vorstehern und Leitern und wo es ging mit den jeweiligen Hausärzten ließen den Schluß zu, daß man bei den Fürsorgezöglingen die Zahl der angeborenen oder erworbenen Defektzustände und Anomalien insgesamt auf 45 bis 50 Proz. annehmen kann. Die Verteilung der beiden Geschlechter würde sich hierbei etwa verhalten wie 2 zu 1, d. h. auf 2 Drittel männlicher kämen 1 Drittel weiblicher Minderwertiger.

Zieht man in Erwägung, daß alljährlich etwa 7000 Neuüberweisungen von Fürsorgezöglingen stattfinden und daß gegenwärtig an 25000 sich in dieser öffentlichen Erziehung finden, so wird man die Dringlichkeit für die Lösung der uns vorliegenden Frage verstehen können.

Die weitere Frage nach der Beschaffenheit der uns bei diesen Fürsorgezöglingen entgegentretenden Entwicklungshemmungen und -störungen läßt sich mit kurzen Worten schon dahin beantworten, daß wir bei ihnen sämtliche Formen des Schwachsinns von der leichten Debilität an bis zur schwersten Idiotie hinunter zu Gesicht bekommen, und daß wir bei ihnen alle Grade psychopathischer Konstitution, ferner nicht wenige Fälle von Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, halluzinatorischen Psychosen — kurz sämtliche Erscheinungsformen der degenerativen Erkrankungen und Rückbildungen des Zentralnervensystems beobachten können, auch wenn sich schließlich die kindlichen Psychosen nicht in genau der Stärke und Klarheit präsentieren, wie dies bei den Erkrankungen der Erwachsenen der Fall ist.

Es gehört jedenfalls mit zu dem am meisten Charakteristischen dieser bei den Fürsorgezöglingen sich darbietenden Entartungsvorgänge, daß der Arzt hier auf eine enorm große Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder und eine außerordentlich fein graduierte Abstufung in der Intensität derselben stößt.

Daher spielt nun auch die so sehr wichtige und heikele Frage nach dem Wie und Wohin mit diesen Defekten und Abnormen eine so große Rolle.

Von unserem wissenschaftlichen Standpunkt aus wird ja die Antwort zunächst lauten: Zum Psychiater.

Dieser ist ja seiner ganzen fachmännischen Durchbildung nach der Faktor, die bei diesen Minderwertigen so unumgänglich not-

wendige individualisierende Behandlung in Szene zu setzen und durchzuführen.

Auf der anderen Seite werden wir aber auch niemals aus dem Auge lassen dürfen, daß es sich hier noch um Kinder und Jugendliche handelt, welche unterrichtet, geschult und religiös-sittlich gefördert werden müssen, um sie als möglichst vollwertige Mitglieder der Gesellschaft dem sozialen Leben wiedergeben zu können.

Hieraus ergibt sich ungezwungen schon eine Scheidung in dem Sinne, daß alle tiefer stehenden Defekt- und Entartungszustände einem Regime zuzuweisen sind, in welchem die ärztlichen Prinzipien ausschlaggebend sind und an oberster Stelle stehen, und daß andererseits die leichten Fälle dieser krankhaft veranlagten, zurückgebliebenen, debilen und abnormen Fürsorgezöglinge einer Erziehung und Behandlung zuzuführen sein werden, bei welcher die pädagogische Beeinflussung und Förderung in den Vordergrund tritt.

In dieser Auseinanderhaltung wäre auch schon die hauptsächliche Klassifikation der Anstalten angedeutet, denen diese Minderwertigen zu überweisen wären. Es sind dies auf der einen Seite die Krankenanstalten für Idioten, Epileptiker und Geisteskranke, auf der anderen Seite Erziehungsanstalten, sei es nun, daß diese ausschließlich solche psychisch inferiore Zöglinge aufnehmen, sei es, daß in ihnen besondere Abteilungen gebildet werden, in denen die defekten und abnormen Zöglinge in wirksamer Weise von den gesunden Anstaltsinsassen abgesondert gehalten werden.

Die ganze Sachlage würde auch im wesentlichen Maße schon geklärt sein, wenn wir mit genügend zahlreichen ärztlich geleiteten Schwachsinnigen- und Idiotenanstalten rechnen könnten und wenn wir auch schon eine genügende Zahl unter der gleichen fachärztlichen Direktion stehender Epileptikeranstalten aufzuweisen hätten, beide Gattungen von Anstalten mit ausreichenden Schuleinrichtungen und mit allen Hilfsmitteln ausgestattet, die für die Heranbildung der Jugendlichen zu einer Beschäftigung und zu einem Berufe erforderlich sind. Diese Anstalten, die man schon wegen der mannigfachen inneren Beziehungen zwischen der Idiotie und der Epilepsie auch in enge Verbindung bringen und örtlich zusammenlegen könnte, wären nicht nur aufs beste zur Behandlung der gekennzeichneten schwereren Degenerationsformen geeignet, sondern es wären dieselben auch diejenigen Institute, in denen die für die praktische Lösung aller dieser Fragen so unumgänglich nötigen Beobachtungsstationen am naturgemäßesten zu etablieren wären.

Auf die Mängel und Schwierigkeiten bezüglich der Idioten-

unterbringung hat übrigens — es mag mir hier eine kleine Abschweifung gestattet sein — als auf eine immer fühlbarer werdende Notlage auch der diesen Fragen ja eigentlich ferner stehende Kliniker Professor Heubner-Berlin auf dem vorjährigen Kongreß für Kinderforschung noch hingewiesen und die Forderung nach Errichtung von solchen Idiotenanstalten erhoben, die am besten vielleicht an Irrenanstalten angeschlossen und ärztlicher Leitung unterstellt würden. Auch betonte er dabei noch besonders, daß ein Psychiater zugleich auch ein vortrefflicher Pädagoge sein könne. Und in wie hohem Grade dieser Hinweis auch tatsächlich Geltung hat, das bezeugt uns auch die historische Entwicklung, welche die Idiotenfürsorge in dem darin zu allen Kulturstaaten vorbildlich gewordenen Frankreich genommen hat. Es sind genau 100 Jahre her, daß der französische Arzt Itard eine Arbeit über die schulmäßige Behandlung und Erziehung idiotischer Kinder veröffentlichte und damit gerade alle die späteren französischen Bestrebungen inspirierte und inaugurierte. Wird gerade er doch auch von Pastor Disselhoff schon 1857 ausdrücklich als „der erste Erzieher Blödsinniger“ bezeichnet. Für den Unterrichteten aber darf in diesem Zusammenhange lediglich der Name des Arztes Bourneville als des verdienstvollsten Idiotenlehrers genannt werden. Es kann auch an dieser Stelle auf das Zeugnis keines geringeren als Kraepelin hingewiesen werden, der alle wesentlichen Fortschritte der erzieherischen Ausbildung der Schwachsinnigen auf die einschlägigen Anregungen der Ärzte zurückführt, wie zuletzt auch die moderne Pädagogik das Bestehen einer wirklich wissenschaftlichen Disziplin dieser Art erst von der Zeit an datiert, wo die Medizin sich mit ihren Forschungen zu gemeinsamer Arbeit vereinigt hat. Die ganze „psychische Behandlung“, wie der Psychiater sie übt, ist eben bereits eine erzieherische, wie ja auch bereits Reil und Heinroth die Irrenanstalten ausdrücklich schon „Erziehungsanstalten“ benannt haben. Mit den Forschungsergebnissen und Kenntnissen unserer Zeit aber können wir bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und Anomalien nicht mehr bei den kindlichen und jugendlichen Individuen Halt machen.

Wie sich nun also in den namhaft gemachten Krankenanstalten die Arbeit des Pädagogen und Theologen den medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten und Direktiven anzupassen hat, so wird in analoger Weise an den Erziehungsanstalten mit pädagogischer Spitze die ärztliche Mitwirkung sich in der Form eines sachverständigen Beraters zu betätigen haben, dem außerdem bei

allen zur Beobachtung gelangenden Fällen besonderer nervöser und psychischer Störung die entsprechende Behandlung in einem Lazarett überlassen bleibt. Die Qualifizierung seiner Stellung wird sich dabei vor allem nach der Größe der in Frage kommenden Anstalten zu richten haben, und man wird ihn in größeren Anstalten im Hauptamt, an den kleineren im Nebenamt anstellen müssen.

Haben wir uns auf diese Weise die zunächst ins Auge zu fassende Sichtung des zur Versorgung gelangenden Materials und auch die prinzipielle Regelung der ärztlichen und pädagogischen Kompetenz in den ersten Umrissen klar gemacht, so können wir nunmehr noch an die Besprechung einiger speziellerer Fragen herantreten, die sich hier noch vor uns auftun.

Es lehrt uns nämlich die Erfahrung, daß sich unter den leichter oder schwerer degenerierten Kindern und Jugendlichen stets noch eine Anzahl solcher Elemente befindet, welche allen wohlgemeinten Erziehungsmaßnahmen und jeder milden und nachsichtigen Krankenbehandlung zum Trotz ein außerordentlich schwer lenkbares Wesen zeigen, an allen Einrichtungen und Anordnungen ihren Übermut erproben, jede Disziplin und Regel mutwillig untergraben und absichtlich stören, auf Ermahnungen und Verweise mit offenem Hohn antworten, die Ruhe der Anstalt beständig unterbrechen, sich stets beeinträchtigt und zurückgesetzt fühlen, ihre Umgebung verhetzen, nur auf Flucht bedacht sind und nicht unbedenkliche Komplotte anzetteln. Für diese renitenten und nicht ungefährlichen Degenerierten erweist sich die Beschaffung besonderer Verwahrungsanstalten außer den bereits namhaft gemachten ganz unabweislich; Anstalten, in denen zwar alle ihre krankhaften Neigungen und Eigentümlichkeiten jede zweckentsprechende Berücksichtigung finden, in denen aber doch auch eine straffere Ordnung und eine strengere Zucht und Disziplin gehandhabt werden kann. Diese nicht zu entbehrenden „Zwischenanstalten“ oder „Verwahranstalten“ dürften am besten an die oben genannten Krankenanstalten anzugliedern sein und dies etwa in der Weise, daß sie, soweit sie für noch schulpflichtige Zöglinge bestimmt sind, den Idioten- und Epileptikeranstalten zugeteilt werden, während die für die halberwachsenen Zöglinge ausersehenen Anstalten, die gerade die bedenklichsten Unverbesserlichen aufzunehmen hätten, einzelnen Irrenanstalten angeschlossen werden könnten. Beide Anstalten würden einer bis zu einem gewissen Grade selbständigen Leitung durch einen Pädagogen oder sonst eine geeignete Persönlichkeit übertragen werden können, jedoch müßte die Oberleitung der übergeordneten Krankenanstalt

überlassen bleiben, die auch für die beständige Beaufsichtigung durch einen erfahrenen Anstaltsarzt zu sorgen hat.

Vielleicht mögen alle diese Ausführungen auf den ersten Blick reichlich kompliziert und umständlich erscheinen, dennoch aber sind sie bereits mit gutem Gelingen in der Provinz Brandenburg zu einem nicht unwesentlichen Teil verwirklicht worden.

In den vereinigten potsdamer Provinzialanstalten für Epileptiker und Idioten, welche nach streng medizinisch-wissenschaftlichen Prinzipien geleitet werden, befindet sich ständig eine große Anzahl defekter und abnormer Fürsorgezöglinge mit all den zahlreichen Krankheitserscheinungen und Schwachsinnsabstufungen, auf die weiter oben schon hingewiesen wurde, und sie werden daselbst schon seit Jahren einer wohlbewährten psychischen Behandlung in psychiatrischem Sinne und Geiste unterworfen. Eben dort findet sich auch noch eine Sonderanstalt für 40 schulpflichtige psychopathisch minderwertige Knaben, die etwa den Charakter der ebengenannten Zwischenanstalten besitzt und der Oberleitung der Hauptanstalt untersteht. Die Epileptikeranstalt besitzt in der Knabenwachabteilung zugleich auch die oben geforderte Beobachtungsstation, in welcher zweifelhaft erscheinende, neu in die Fürsorgeerziehung überführte Zöglinge gegebenenfalls beobachtet und genau untersucht werden können und in welcher vor allem die der Verwahranstalt überwiesenen Zöglinge einer vorherigen Beobachtung unterzogen werden können. Auch ist die Einrichtung getroffen, daß sämtliche Fürsorgezöglinge auf ärztliche Anordnung hin jederzeit aus einer Anstalt in die andere verlegt und damit ihrer Individualität genau entsprechend behandelt werden können.

Für eine vielseitige und allen psychischen Besonderheiten sorgsam Rechnung tragende Behandlung ist hiermit außerordentlich viel gewonnen. Die Errichtung einer zweiten Sonderanstalt für schulpflichtige weibliche Fürsorgezöglinge in Potsdam ist geplant. Weiter mag hiere rwähnt werden, daß die Brandenburgische Schul- und Erziehungsanstalt in Straußberg etwa in oben angedeutetem Sinne einer spezielleren Erziehung und Behandlung der minderwertigen Zöglinge in Nebenklassen unter ärztlicher Mitwirkung eine immer erhöhtere Aufmerksamkeit und Ausgestaltung angedeihen läßt. Schließlich sei noch erwähnt, daß sich in einer weiteren Entfernung von Berlin eine für 50—60 minderwertige männliche Fürsorgezöglinge berechnete und in engerer Beziehung zur brandenburgischen Provinzialverwaltung stehende Spezialansalt befindet, die sich nur mit den leichtesten Schwachsinnsformen abzugeben hat und unter

dauernder ärztlicher Kontrolle steht, letzteres auch insofern, als ich selbst in regelmäßigen Zwischenräumen diese Anstalt besuche und daselbst mit Vorsteher, Arzt und Geistlichem konferiere. Die Erfolge gerade auch dieser letztgenannten Anstalt sind zweifellos günstige zu nennen, vornehmlich auch insofern, als es dieser kleinen Anstalt bei ihrer isolierten Lage nicht schwer fällt, die gebesserten Kinder leicht in der näheren und weiteren Nachbarschaft als Landarbeiter und Lehrlinge unterzubringen.

Auf Grund der mit allen diesen Institutionen zusammenhängenden Erfahrungen und Untersuchungen konnte das speziellere Zahlenverhältnis in der Weise fixiert werden, daß den auf die Idioten- und Irrenanstalten zu setzenden Anteil auf 15 Proz., den für Zwischenanstalten auf 5 Proz. und den für Erziehungsanstalten auf 25—30 Proz. berechnet.

Ob diese Kalkulation nun in allen Einzelheiten das Richtige trifft, steht dahin, die Grenzen hierfür sind ja nur verschwommen und man bewegt sich hier ja überhaupt auf einem weiten Grenzgebiet zwischen geistiger Erkrankung und Gesundheit. Das wertvollste und zuverlässigste Mittel, hier nach Möglichkeit exakte Entscheidung treffen zu können, wäre es, wenn die Mitwirkung des Arztes schon bei der Einleitung der Fürsorgeerziehung Platz zu greifen hätte und diese wäre auch von enormer Wichtigkeit deshalb, weil alsdann schon eine zweckentsprechende Verteilung der als krankhaft veranlagten und defekten Zöglinge auf die ihrem Gesundheitszustande entsprechenden Anstalten erfolgen oder die vorläufige Verweisung auf die Beobachtungsstationen veranlaßt werden könnte, letzteres gerade auch für die Fälle der vorläufigen Unterbringung. Jedenfalls steht das Eine mit absoluter Sicherheit fest, daß jede Verzögerung in der sachgemäßen Unterbringung und Behandlung gerade bei den minderwertigen Jugendlichen von schwerstem Nachteil ist. Bei dieser ersten Untersuchung aber könnte am besten auch Sorge getragen werden für die Beschaffung einer exakten und ausführlichen Anamnese zum Zwecke der Durchführung der alsbald einzuschlagenden Behandlungsmethode, zur Stellung einer möglichst sicheren Prognose und schließlich auch zum Zwecke einer immer tiefer in das Wesen der kriminellen Entartung eingehenden wissenschaftlichen Forschung.

Für die Verarbeitung dieser wissenschaftlichen Unterlagen wie auch der Gerichtsbeschlüsse und sonstiger in dieses Gebiet schlagender Aktenangaben würde die mit der Beobachtungsstation ausgestattete Krankenanstalt die gegebene Institution sein. Diese Anstalt, in

ihrer Art eine gewisse Zentrale für alle diese Fragen, hätte auch in erster Linie die Aufgabe, alle die Bestrebungen zu verfolgen und sich an ihnen zu beteiligen, welche der weiteren Entwicklung dieser Probleme dienen. Sie hätte die in Umlauf gesetzten Fragebögen zu studieren, von ihr aus könnten Informationsreisen in die einzelnen Rettungshäuser, Besserungs- und Erziehungsanstalten, Asyle und Familienkolonien erfolgen, in ihr könnten auch wohl Besprechungen und Instruktionskurse abgehalten werden, auch würden diese Gelegenheit bieten, einzelne zeitweilig übernommene Erzieher und Pädagogen über die ärztlich geübten Behandlungsweisen aufzuklären, wie dies vor kurzem noch in Potsdam praktisch gehandhabt wurde. Mit alledem dürfte die Mitwirkung des Psychiaters noch nicht erschöpft sein. Die Handhabung der Familienpflege wird bei diesen minderwertigen Fürsorgezöglingen nicht selten ärztliche Gesichtspunkte in den Vordergrund und zur Erwägung stellen, vor allem aber wird auch der kritische Termin der eintretenden Großjährigkeit die gutachtliche Mitwirkung des Arztes dahin erforderlich machen, ob es geraten erscheint, ein defektes und abnormes Individuum in das freie bürgerliche Leben hinüber treten zu lassen.

In vielen Fällen wird der genau informierte Arzt hier sein wissenschaftlich begründetes Veto einzulegen haben, sei es, indem er die Entmündigung eines unverbesserlichen Degenerierten durchsetzt und denselben alsdann in Konnex mit dem Waisenrat oder dem Vormund im Auge behält, sei es, daß er bei den ganz unverbesserlichen Elementen dafür sorgt, sie wegen drohender Gemeingefährlichkeit als anstaltspflegebedürftig in eine Heil- und Pflegeanstalt zu dirigieren und somit unschädlich zumachen.

Alle diese Betrachtungen haben es uns klargelegt, daß die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung als eine nach den verschiedensten Richtungen hin gebotene erscheint, daß sie so frühzeitig als möglich schon einzusetzen hat und daß sie selbst bei der Beendigung der Fürsorgeerziehung im Interesse des Zöglings selbst, im Interesse der Allgemeinheit und der allgemeinen Sicherheit noch nicht ausgesetzt werden kann, daß sie ganz besonders aber den Defekten und abnormen Fürsorgezögling in allen Phasen seiner Erziehung und Behandlung begleitet und in regem Konnex zu stehen hat mit den zur Unterbringung und Ausbildung desselben berufenen Kräften und Organen.

Zu einer gedeihlichen Weiterentwicklung und Lösung aller dieser

Probleme und Fragen wird es gewiß aber nur dann kommen können, wenn die Psychiatrie sich praktisch in immer größerem Umfange mit allen diesen Angelegenheiten der Kinderfürsorge befaßt und lebendigen Anteil nimmt an allen der öffentlichen Sicherheit und Wohlfahrt dienenden Veranstaltungen juristischer, pädagogischer und kirchlicher Art. Sie wird unter den hier beteiligten Männern wie Frauen auf Mitarbeiter stoßen, welche einen freien Sinn und einen offenen Blick auch für die medizinisch-wissenschaftlichen Probleme besitzen, und sie wird so auf das beste auch vorarbeiten können für die Fragen der Neuordnung des Irrenwesens, der Idiotenfürsorge und der so enorm wichtigen Reform der Strafrechtspflege. Denn diese Fragen alle erscheinen innig verquickt mit den soeben erörterten Problemen der Fürsorgeerziehungs-Gesetzgebung.

Leitsätze.

1. Unter den Fürsorgezöglingen befindet sich ein erheblicher Prozentsatz — schätzungsweise 45—50 Proz. —, der infolge von Entwicklungshemmungen und Entwicklungsstörungen sowie auch durch Entbehrungen, Krankheiten und andere schädigende Einflüsse in seiner Verstandestätigkeit, seinem Willensvermögen, seinem sittlichen Empfinden und seinen Gefühlsvorgängen dermaßen beeinträchtigt ist, daß er dem Durchschnitt der normalen Kinder und Jugendlichen nicht entspricht. In dieser Zahl sind alle Grade des Schwachsinns bis zur völligen Idiotie und alle Formen nervöser und psychischer Reiz- und Ausfallserscheinungen bis zur ausgesprochenen Geisteskrankheit hin vertreten.

2. Es erscheint geboten, diese defekten und abnormen Fürsorgezöglinge möglichst frühzeitig zu ermitteln, sie in allen zweifelhaften Fällen einer gründlichen psychiatrischen Beobachtung zu unterwerfen und sie ihren krankhaften Anlagen und Zuständen entsprechend in hierfür geeigneten Anstalten oder auf besonderen Abteilungen zu behandeln und zu erziehen.

3. Unbeschadet des Prinzipes der Erziehung, das nach aller Möglichkeit im Vordergrunde aller zur intellektuellen und moralischen Förderung und Besserung dienenden Bestrebungen stehen soll, ist demnach die Mitwirkung des psychiatrisch durchgebildeten Arztes notwendig schon bei der Überweisung eines Kindes oder Jugendlichen in die Fürsorgeerziehung, und ist weiterhin in um so umfassenderer und intensiverer Weise erforderlich, um je vorgeschrittenere Defektzustände und Anomalien es sich handelt.

4. Zur Durchführung einer solchen spezielleren Behandlung empfiehlt sich eine Sonderung der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge nach folgenden Gesichtspunkten:

a) Dem Alter nach, indem man beim Eintritt in das geschlechtsreife Alter, also etwa vom 15.—16. Lebensjahre

ab, die kindlichen von den halberwachsenen Fürsorgezöglingen in wirksamer Weise scheiden und bei den letzteren in noch stärkerem Maße die männlichen von den weiblichen trennen muß.

b) Dem Grade der Defekte und Abnormitäten nach.

c) Dem Grade der Lenkbarkeit und Erziehbarkeit nach.

5. Demgemäß sind die Fälle schwereren Schwachsinns (Idiotismus und Imbezillität), die Formen schwerer Neurasthenie, Chorea, Hysterie und Epilepsie, die Fälle von Dementia praecox, von schwerer psychopathischer Konstitution, von degenerativen Psychosen und anderen Geisteskrankheiten den ärztlich geleiteten Idioten- und Epileptikeranstalten und den Irrenanstalten zuzuweisen, welche auch die Beobachtungsstationen und für die noch bildungsfähigen Schwachsinnigen und Epileptiker Anstaltsschulen enthalten.

6. a) Die leichteren Grade von Schwachsinn (Schwachbefähigte, Beschränkte, Zurückgebliebene, Debile), sowie die leichten Fälle von Neurasthenie, Hysterie, Chorea und auch Epilepsie und die als nervös, abnorm, moralisch-schwachsinnig und als psychopathisch-minderwertig bezeichneten Degenerierten sind in den pädagogisch geleiteten Erziehungsanstalten zu belassen, jedoch von den gesunden und normalen Zöglingen zu trennen und in besonderen Klassen resp. Abteilungen nach den für die Nebenklassen und Hilfsschulen geltenden Grundsätzen zu unterrichten. Diesen Anstalten ist — in den größeren im Haupt-, an den kleineren im Nebenamt — ein psychiatrisch geschulter Arzt zuzuteilen, der als sachverständiger Beirat wirken soll und dem die Behandlung der bei den Zöglingen auftretenden nervösen und psychischen Abnormitäten zufällt.

b) Die leichtesten Fälle dieser Art können auch für sich allein in kleinen mit Schuleinrichtungen versehenen Anstalten untergebracht werden, vorausgesetzt, daß deren Vorsteher und Leiter ein ausreichendes Verständnis für die Behandlung dieser debilen und abnormen Fürsorgezöglinge besitzt und daß für eine regelmäßige Beaufsichtigung durch einen fachärztlich gebildeten und eingearbeiteten Arzt Sorge getragen ist.

7. Für solche defekten und abnormen Fürsorgezöglinge, welche durch ihr reizbares und heftiges Wesen, ihre Verschlagenheit, ihre antisozialen und verbrecherischen Neigungen, ihr renitentes und revoltierendes Verhalten sowohl die erzieherische Tätigkeit an den

Erziehungsanstalten als auch die nachgiebige Behandlung an den Krankenanstalten mutwillig und herausfordernd stören, sind besondere Anstalten einzurichten, in denen auf ihren krankhaften Zustand alle billige Rücksicht genommen wird, in denen aber doch auch eine strengere Zucht und eine straffere Ordnung gehandhabt werden kann.

Diese — für die noch schulpflichtigen Fürsorgezöglinge mit Schuleinrichtungen auszustattenden — Zwischenanstalten zwischen Erziehungsanstalten einerseits und den Idioten-Epileptiker- und Irrenanstalten andererseits sind den letztgenannten Krankenanstalten anzugliedern und bei einer eigenen erzieherischen Leitung der Oberleitung dieser Anstalten zu unterstellen. Die hier unterzubringenden Fürsorgezöglinge bedürfen einer besonders genauen, am besten auf der Beobachtungsstation der Krankenanstalten vorgenommenen Untersuchung und müssen jederzeit in diese Anstalten zurückgezogen werden können. Die dauernde ärztliche Aufsicht über diese schwer erzieh- und lenkbaren Elemente liegt in den Händen eines erfahrenen Arztes der Krankenanstalt.

8. Die zahlenmäßige Verteilung aller defekten und abnormen Fürsorgezöglinge auf diese einzelnen Kategorien dürfte in der Weise anzunehmen sein, daß etwa ein Drittel auf die Kranken- und Zwischenanstalten und ungefähr zwei Drittel auf die Erziehungsanstalten zu berechnen sind.

Nimmt man also einen Satz von 45—50 Proz. aller Fürsorgezöglinge als defekt und abnorm an, so wären unterzubringen in Idioten-Epileptiker- und Irrenanstalten 15 Proz., in den Zwischenanstalten 5 Proz., in den Erziehungsanstalten 25—30 Proz.

9. Alle diese Anstalten müssen sich die Aufgabe stellen, die Fürsorgezöglinge nach Möglichkeit wieder dem bürgerlichen Leben zuzuführen, am besten auf dem vermittelnden Wege der Familienpflege. Aber auch bei dieser bedarf es der ständigen Mitwirkung des Psychiaters. Eine besondere Vorsicht wird geboten sein bei den großjährig werdenden Zöglingen und hier wieder bei den in den Kranken- und Zwischenanstalten untergebrachten Minderwertigen; hier wird in vielen Fällen die Einleitung der Entmündigung oder auch die weitere Übernahme in die Krankenanstalten nötig sein.

10. Um die Vorsteher und Leiter der Rettungshäuser, der Erziehungs- und Besserungsanstalten über das Wesen und die Behandlungsweise der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge aufzuklären und auf dem Laufenden zu erhalten, und um alle auffälligen Erscheinungen und Entwicklungsanomalien rechtzeitig untersuchen zu

können, erscheint es dringend erwünscht, in jeder Provinz eine Zentralstelle zu begründen und einem Psychiater zu übertragen, welcher den einzelnen Anstaltsvorständen mit Rat und Tat zur Hand geht, ihnen die geeignete Fachliteratur empfiehlt, an ihren gemeinsamen Besprechungen und Konferenzen teilnimmt, Informationskurse abhält und Informationsreisen ausführt, und der in einzelnen Fällen auch die für kürzere und längere Zeit an die Krankenanstalten abgeordneten Pädagogen und Erzieher über die ärztlich geübten Behandlungsmethoden orientiert. Von großem Werte sind auch in regelmäßigen Zwischenräumen von den einzelnen Erziehungsanstalten einzuholende Fragebögen, welche über die an den einzelnen Zöglingen gemachten Beobachtungen Aufschluß geben.

11. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung setzt also ein schon bei der Einleitung des Überweisungsverfahrens, sie begleitet den defekten und abnormen Fürsorgezögling in allen Phasen seiner Erziehung und Behandlung, und sie darf ihn auch in vielen Fällen nicht aus dem Auge lassen nach Abschluß der Fürsorgeerziehung. Gedeihlich aber wird die Mitwirkung des Psychiaters auch sein, wenn sie sich auch auf die Mitarbeit bei allen den Bestrebungen und Veranstaltungen juristischer, pädagogischer und charitativer Art erstreckt, welche sich mit der gefährdeten, verwahrlosten und verbrecherischen Jugend beschäftigen.

Ein Gutachten des Direktors Dr. Kind-Langenhagen über die Einrichtung einer Hilfsschule in der Stadt Braunschweig vom 31. Mai 1880, mit einer geschichtlichen Einleitung

wiedergegeben von

Dr. **Oswald Berkhan,**
Arzt an der Hilfsschule zu Braunschweig.

Die Entstehung der Hilfsklassen und Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder hat eine besondere Geschichte. Ich halte es deshalb an der Zeit, als einen Beitrag zu einer solchen Geschichte das nachfolgende Gutachten zu veröffentlichen. Muß doch dasselbe um so beachtungswerter sein, weil es von einem Manne herrührt, der Arzt und Lehrer vom Fach zugleich, seinerzeit der bedeutendste Deutschlands auf dem Gebiete des Idiotenwesens war und weil dasselbe einen klaren Einblick in die derzeitige Lage der hier in Frage kommenden Bestrebungen bietet.

Bevor ich dieses Gutachten wiedergebe, möchte ich zu einem besseren Verständnis desselben vorausschicken, daß ich im November 1879 der Braunschweiger Stadtbehörde einen Plan zum Unterricht von Halbidioten (schwachsinnigen zurückgebliebenen Kindern) in einer besonderen Klasse vorlegte, denselben einer Prüfung und dem Wohlwollen empfehlend; daß ich ferner im April 1880 ein zweites Schreiben an die Schulbehörde behufs Errichtung einer Schule zur Heranbildung von schwachsinnigen Kindern richtete.

Nach einer Schilderung der Lage der schwachsinnigen Kinder in ihren häuslichen Verhältnissen sowie in der Schule heißt es in diesem meinem zweiten Schreiben:

„Gewiß ist es sehr wünschenswert, daß mit der Einrichtung eines besonderen Unterrichts der Schwachsinnigen in unserer Stadt vorgegangen wird. Es wird nicht nur diesen ein besonderer Vorteil geschaffen, indem sie die nötigsten Schulkenntnisse reichlicher als bisher sich zu erwerben, desgleichen eine nützliche Beschäftigung zu erlernen vermögen, es wird auch den gesunden Schülern daraus der Nutzen erwachsen, daß sie, in ihrer Aufmerksamkeit weniger gestört und unterbrochen, rascher vorwärts kommen und endlich wird dem Lehrer sein ohnehin schwerer Beruf in etwas erleichtert.

Das Volksschulwesen aber überhaupt, welches durch seine Vervollkommnung in neuerer und neuester Zeit sich einen Ruf weit über die Grenzen unseres engeren Vaterlandes erworben, würde bald mit diesem Vorgehen eine Stellung einnehmen, die achtunggebietend andere Städte zur Nachahmung anregen dürfte.

Zum Schluß möchte ich hinzufügen, daß es sich empfehlen würde, den Unterricht gleichartig dem in den Idiotenanstalten gehandhabten zu gestalten. Darnach würde mit dem Unterrichte im Anschauen, in dem Unterscheiden von Formen und Farben und im Sprechen begonnen werden, daran der Unterricht in der biblischen Geschichte sowie im Lesen, Schreiben, Rechnen und dann in der Religion sich reihen. Es dürfte ferner das Unterweisen im Zeichnen, im Singen sowie im Turnen nicht fehlen. Außerdem müßte ein Beschäftigungsunterricht für die Schwachsinnigen eingerichtet werden, welcher bei den männlichen das Zupfen von Scharpie, das Anfertigen von Eggen- und Strohdecken anstrebt, bei den weiblichen auf das Erlernen von Stricken, Nähen und Häkeln sich erstreckt.

Da auch die Halbidioten (Schwachsinnige), wie die Idioten (Blödsinnige), in frühester Zeit durch Erkrankungen ihres Gehirns in ihrer geistigen Entwicklung gehemmt sind, so ist, wie ich dies schon in meinem Schreiben vom 30. November 1879 an die hiesige Stadtbehörde bemerkt habe, die noch mögliche Ausbildung derselben an ein langsameres Vorgehen in dem Unterricht gebunden, und ebenso müssen die Unterrichts- und Beschäftigungsstunden weit geringer an Zahl und kürzer bemessen werden, als dies bei gesunden Kindern stattfindet.

Das Weitere, denke ich, wird, wenn einmal der Anfang gemacht ist, je nach den Verhältnissen und dem guten Willen sich gestalten. Und ich glaube, wenn Idiotenanstalten ihre jährlichen Prozente von Schülern konfirmations- und beschäftigungsfähig heranzubilden vermögen, um so mehr wird eine Unterrichtsabteilung von Halbidioten solches zu leisten imstande sein und zwar, wie ich nochmals hervorheben möchte, mit nicht erheblichen Mitteln.

Es begleitet dieses erstere Sendschreiben an die Schulbehörde mein Wunsch, daß ein Versuch mit der Errichtung einer Schule zur Heranbildung von schwachsinnigen Kindern gemacht werde, was nach mehr denn einer Seite hin sich heilsam und nützlich erweisen dürfte.“

In dieser Hoffnung bleibe ich

hochachtungsvoll und ganz ergebenst

Berkhan, Dr. med.

Braunschweig, den 25. April 1880.

In einer nun folgenden Beratung empfahl ich der Behörde, den Direktor Dr. KIND zu hören, der ein sachverständiges Urteil in der vorliegenden Frage abgeben könne. Infolge einer Aufforderung erstattete der Genannte dann das hier folgende Gutachten:

An
den Hochlöblichen Stadtmagistrat
in
Braunschweig.

Der Unterzeichnete ist gern bereit, der geehrten Aufforderung vom 27. v. Mts. zu entsprechen, bedarf aber einer hoffentlich nur kurzen Frist, da im Interesse der Sache einige Erkundigungen einzuziehen sind.

Des Hochlöblichen Magistrats

Langenhagen, den 5. Mai 1880. ergebener

gez. Dr. Kind,
Direktor der Idiotenanstalt.

An
den Wohllöblichen Stadtmagistrat
in Braunschweig.

In Erwiderung der für mich ehrenvollen Aufforderung des Wohllöblichen Magistrats vom 27. April d. J. erlaube ich mir folgende Mitteilungen zu machen.

Schon im Anfang der sechsziger Jahre beschloß der pädagogische Verein in Leipzig nach einem Vortrage des Dr. KERN die Errichtung einer besonderen Schule für schwachbefähigte Kinder anzustreben. Taubstummenlehrer STÖTZNER legte dann in seiner Broschüre „Schule für schwachbefähigte Kinder“, Leipzig und Heidelberg 1864, die Angelegenheit dem großen Publikum vor, versuchte speziell in Leipzig das Interesse daran durch statistische Erhebungen und Verhandlungen mit dem Stadtrat zu erwecken und praktische Erfolge zu erzielen. Die auch späterhin betriebene Sache scheiterte meines Erachtens an dem Kostenpunkte. Man glaubte durch einige Stunden besonderen Unterrichts nicht genügen zu können, beabsichtigte die Kinder den ganzen Tag über zu behalten, um durch eine zweckmäßige Haltung und Ernährung heilsamen Einfluß auf die meist mangelhafte körperliche Entwicklung gewinnen, um durch Beaufsichtigung und Beschäftigung den ganzen Tag über die oft vorhandene häusliche Vernachlässigung ausgleichen zu können, kurz, man glaubte die projektierte Schule so viel als möglich einer Anstalt ähnlich machen zu müssen. Auf der anderen Seite wurde es durch die Staatsanstalt in Hubertusburg und die Privatanstalt des Dr. KERN in Möckern ziemlich leicht gemacht, die der Hilfe am bedürftigsten Kinder unterzubringen.

Aus anderen Städten unseres Vaterlandes sind mir ähnliche Bestrebungen nicht bekannt geworden.

Wohl aber haben in der Stadt Christiania schon seit langer Zeit sog. Hilfsklassen für schwachbefähigte oder in den Volksschulen versäumte Kinder bestanden. Der Direktor der Privatanstalt für geistig abnorme Kinder in Thorshaug bei Christiania, Herr LIPPESTAD, dessen Freundlichkeit ich die folgenden Angaben auf meine Fragen danke, hatte außerdem in Christiania infolge einer an die Kommuneverwaltung gerichteten Vorstellung im Herbst 1874 versuchsweise „eine Nachmittagsschule für abnorme Kinder“ (ausgeschlossen wurden blinde und taubstumme; aufgenommen idiotische aller Grade, stotternde oder mit anderen Sprachfehlern behaftete, schwerhörige) errichtet, in welcher er selbst nebst den Lehrern seiner Privatanstalt den Unterricht erteilte.

Die Schule wurde mit 10 Kindern eröffnet, welche Zahl 1875 auf 30, 1878 auf 45 Schüler vermehrt wurde. Bis zum Frühling 1879 wurde die Schule nur an einer Stelle in einer zentral gelegenen Volksschule gehalten, seitdem sind aber zwei bequem gelegene Lokale gewählt. Da einzelne Kinder aber immer noch einen Schulweg von etwa 6000 Schritt zurückzulegen haben, verursacht dies bei Schulversäumnis oft Beschwerde. — So lange die Kinder Schüler dieser Klassen sind, nehmen sie an dem gewöhnlichen Unterricht nicht teil. — Unterrichtsfächer sind, abgesehen von den in den Idiotenanstalten wohlbekannten Vorübungen: Anschauungsunterricht, Schreiben, Lesen, biblische Geschichte, Rechnen, Turnen und etwas Gesang. Die 45 Schüler sind in fünf Abteilungen geteilt.

Die kurze Unterrichtszeit, 3 Stunden von 3—6 Uhr nachmittags, gestattet keinen Unterricht in Handarbeiten, welch großer Mangel nur dadurch entschuldigt werden kann, daß die ganze Schule einzig eine Vorschule und Versuchsstation ist, so daß die Schüler nach einer bisher 2jährigen Durchschnittszeit entweder, wenn sie es so weit gebracht haben, in die Volksschule zurückversetzt oder anderenfalls möglichst in eine Idiotenanstalt gebracht werden. Für jedes Kind werden monatlich 10 Kronen (etwa 11 Mk.) Schulgeld bezahlt außer freiem Lokal, Licht, Heizung und Schulmaterial.

Da die Lehrkräfte eigentlich durch die eigene Anstalt bezüglich ihrer Zeit und Kraft vollauf in Anspruch genommen werden, ist außer der Schulzeit nur ein sehr geringer Einfluß auf die Schule möglich.

Da alle Autoritäten, sowie das Lehrerpersonal der Volksschule die „Nachmittagsschule“ mit Interesse umfassen, kann ihr weiteres Bestehen als vollkommen gesichert betrachtet werden und der Inspektor der Volksschulen Christianas, Herr JESPERSEN, der die Sache kräftigst unterstützt hat, äußert sich in seinem Bericht über das Volksschulwesen in den Jahren 1876—1878 dahin, daß die Nachmittagsschule jetzt zu einer festen Institution an den Schulen der Hauptstadt geworden sei.

Da Christianias Volksschulen im Jahre 1879 10355 Schüler hatten, genießt nicht ganz $^1/_2$ Proz. den besonderen Unterricht. Die von Herrn LIPPESTAD angestellten Untersuchungen ergaben, daß $^3/_4$—1 Proz. in die Nachmittagsschule aufgenommen werden müßte und er hofft, in nächster Zukunft diese Zahl erreicht zu sehen.

Von den 100 bisher aufgenommenen Schülern sind 32 in die Volksschulen zurückgekehrt, während 16 in Idiotenanstalten geschickt werden mußten.

An diese praktischen Erfahrungen, welche den Beweis liefern, daß die Sache ausführbar ist, erlaube ich mir folgende Bemerkungen über einige vorzüglich zu erwägende Punkte zu knüpfen.

1. Bei dem jetzigen Stande unserer Idiotenanstalten, welche bei uns in der Provinz Hannover, der unter allen Provinzen in dieser Beziehung am günstigsten situierten — die Verhältnisse in Braunschweig werden annähernd dieselben sein — erst 9 von 100 Idioten gerecht werden, ist dringend zu wünschen, daß andere Einrichtungen zur Aushilfe getroffen werden. Insbesondere ist den größeren Städten eine Einrichtung, wie sie der Wohllöbliche Magistrat beabsichtigt, auch aus dem Grunde zu wünschen, weil durch dieselbe der viel teuere Aufenthalt in einer Idiotenanstalt in etwa $^1/_3$ der Fälle unnötig wird.
2. In einer solchen Schule, welche organisch mit den Volksschulen zu verbinden ist, wird sich am ehesten herausstellen, ob eine Überweisung an eine Idiotenanstalt entweder wegen zu geringer geistiger Befähigung oder wegen zu großer körperlicher Belastung, oder wegen zu mangelhafter und unausreichender häuslicher Pflege und Beaufsichtigung notwendig ist. Bei einem anderen Teile der Schüler wird nach längerer oder kürzerer Zeit die Zurückversetzung in die gewöhnlichen Volksschulklassen stattfinden können; andere werden wiederum bis zu ihrer ev. Konfirmation der besonderen Klasse angehören müssen.
3. Der Name der Klassen dürfte nichts Eltern und Kinder Abstoßendes oder anscheinend Degradierendes enthalten.
4. Bei verschiedenem Alter und Standpunkt der Schüler würde eine Klasse kaum mehr als 10—12 Schüler enthalten können.
5. Trennung der Geschlechter würde nur bei älteren Kindern nötig sein.
6. Anfänglich wenigstens würden eigentümlich Belastete, wie Epileptiker, Schwerhörige, Kurzsichtige usw. auszuschließen sein.
7. Unterrichtsgegenstände würden in täglich 3 Stunden die der unteren Volksschule sein. Hinzukommen würden die elementarsten Übungen und die Spiele und einzelne Beschäftigungsweisen der Kindergärten. Turnübungen dürfen absolut nicht fehlen, würden sich aber hauptsächlich auf Freiübungen beschränken.
8. Die außerdem während einiger Stunden täglich nötige Beschäftigung in Handarbeit unterliegt bei den Mädchen keiner Schwierigkeit; für die Knaben ist während des Sommers ländliche Beschäftigung die beste, wird aber in einer Stadt schwer einzurichten sein.
9. Um die Erfolge der Schule zu sichern, würde von den Lehrern eine Inspektion der Schüler in ihrem Heim in der Weise wie bei den Externaten der Taubstummenanstalten von Zeit zu Zeit erfolgen müssen.
10. Bei der Wahl der Lehrer resp. der Lehrerinnen, welche letztere ich bei dem Unterricht Schwachbefähigter vorzüglich schätze, wird es darauf ankommen, daß dieselben von vornherein sich

bewußt sind, daß für die zu behandelnden Schwächezustände nicht die Schüler selbst verantwortlich sind, dieselben wenn überhaupt nur durch Geduld und Fleiß überwunden werden können. Die sehr günstigen Verhältnisse in Christiania, wo die Idiotenlehrer selbst den Unterricht erteilen, wird man anderswo kaum herstellen können. Man wird aber von den Lehrern fordern können, daß sie sich durch eigene Anschauung mit einigen Eigentümlichkeiten des Unterrichts Schwachsinniger vorher bekannt machen.

Ich wünsche von Herzen, daß der Wohllöbliche Magistrat sich durch die Schwierigkeiten, welche mit der beabsichtigten Neueinrichtung verbunden sein werden, nicht abschrecken lassen, sondern mit derselben, auch wenn von vornherein einige Wünsche unerfüllt bleiben müssen, beginnen und so vielen Städten, die in gleicher Lage sind, ein nachahmungswertes Beispiel geben möge.

Indem ich selbst mich gern zu weiterer Auskunft bereit erkläre, zu welcher auch der Herr Direktor Lippestad in Thorshaug bei Christiania erbötig ist, zeichne ich

des Wohllöblichen Magistrats

Langenhagen, den 31. Mai 1880. ergebener

gez. Dr. Kind.

Ich möchte diesem hinzufügen, daß nach Eingang des Gutachtens die Vorbereitungen zur Errichtung einer Hilfsklasse getroffen wurden, welche dann, am 1. Mai 1881 eröffnet, sich im folgenden Jahre zu einer Hilfsschule umgestaltete.

Th. Kaes: Die Großhirnrinde des Menschen in ihren Maßen und in ihrem Fasergehalt.

Von

Dr. **A. Boettiger**, Hamburg.

Unter diesem Titel erschien vor kurzem mit Unterstützung der Königlichen Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen ein gehirnanatomischer Atlas von großem Umfange und prächtiger Ausstattung (Verlag von Gustav Fischer in Jena), der eine eingehendere Besprechung erheischt, wenn es auch unmöglich erscheint, in einem Referat nur einigermaßen der Fülle der Einzelergebnisse gerecht zu werden. Er enthält außer dem umfangreichen Text und einer schematischen orientierenden Zeichnungstafel 16 Tabellen, 15 Kurventafeln und 79 anatomische Tafeln mit durchgehends je 12 Einzelabbildungen. Die Arbeit stützt sich auf genaue Messungen an 42 Gehirnen und auf Durchforschungen von deren Großhirnrinde bezüglich ihres Fasergehaltes in ihren einzelnen Schichten. Die Gehirne stammen aus Lebensaltern von 3 Monaten bis zu 97 Jahren; von pathologischen Individuen befinden sich darunter 3 Idioten und 5 Kriminelle, von denen 3 durch das Fallbeil endeten.

Der Verf. gibt in diesem Atlas einen Überblick über ein Arbeitsgebiet, dem er sich bereits seit dem Jahre 1891 mit großer Konsequenz und unermüdlichem Eifer gewidmet hat, dem schon eine große Reihe von Einzeldarstellungen und Einzelberichten in den verschiedensten Zeitschriften angehören, die unter Hinzufügen einer großen Menge neuer Befunde und Tatsachen nunmehr zu einem organischen Ganzen verbunden werden und hiermit die Arbeitsergebnisse des Verf. auf eine einheitliche breitere Grundlage stellen. Auf dieser soll und wird noch immer weiter gebaut werden.

Kaes bezeichnet selbst als den Sinn seiner Arbeit: „an den Gehirnen einer größeren Anzahl von Individuen beiderlei Geschlechts das Wachstum der Hirnrinde und von deren Bestandteilen, soweit sie der Messung mit dem Okularmikrometer bei Vorbehandlung der Objekte mit Müller und Weigert'scher Markscheidenfärbung zugänglich sind, in eingehender Weise zu demonstrieren, andererseits . . . . . . , den wechselnden Markfasergehalt der Hirnrinde in den verschiedensten Stadien, ausgehend von seinem Werden beim Säugling über den Höhepunkt des reifen Alters bis zu seinem allmählichen Ersterben beim Greise, graphisch darzustellen.“

Es ist von vornherein selbstverständlich, daß bei der von Kaes gewählten Untersuchungsmethode feinste histologische Verhältnisse in der Hirnrinde der Beobachtung nicht zugänglich sein konnten. Die Fragen der Fibrillenreifung, der Faserbildung, die auch mehr in das embryonale Entwicklungsstadium hinein gehören, waren nicht die gestellten Aufgaben. Dagegen bot sich auf Schritt und Tritt Gelegenheit, der Markumhüllung der Fasern nachzugehen, der Markumhüllung, die doch zweifellos neben dem anatomischen ein erhebliches physiologisches Interesse beanspruchen darf.

Entsprechend den von Kaes selbst aufgestellten zwei Hauptgesichtspunkten zerfällt sein Werk in zwei große Hauptteile. Der erste enthält zuerst (I. a.) sowohl die Tabellen wie die nach ihnen angefertigten Kurven der Durchschnittsmaße der Hirnrinde der Konvexität in verschiedenen Altersstufen, und zwar die Maße der Gesamtbreiten der Rinde und sodann diejenigen der einzelnen Rindenschichten. Und zwar sind von diesen letzteren gesondert behandelt: 1. die äußere Hauptschicht (Edinger's superradiäres Faserwerk) und in dieser α) die zonale Schicht, β) die zellarme Schicht und γ) der zonale Keil im Windungstal; und ferner 2. die innere Hauptschicht (Edinger's interradiäres Flechtwerk und in ihr δ) der äußere und ε) innere Baillarger'sche Streifen und ζ) die Zwischenschicht; endlich 3. die Markbreite vor der Projektionsausstrahlung und 4. die Zahl der Projektionsbündel in 1 mm.

In guter Übereinstimmung zeigen Kurve III und V den langsamen Anstieg der Breiten der Baillarger'schen Streifen, der Markbreiten und der Zahl der Projektionsbündel bis zum ca. 45.—50. Lebensjahr, von da ab wieder einen, freilich nur sehr geringen leichten Abfall. In den gleichen Bahnen bewegt sich ungefähr die Kurve der gesamten inneren Hauptschicht, die in der frühesten Jugend sehr schmal ist, bis zum 15. Lebensjahr sehr energisch, danach langsamer bis zum 45. Lebensjahr ansteigt und schließlich

wieder wenig abfällt zu einer Höhe, die etwa dem 30. Lebensjahr entspricht. Die Kurve der äußeren Hauptschicht dagegen beginnt mit einem sehr stark abfallenden Kurventeil; dieser Rindenteil ist in frühester Jugend sehr breit, verschmälert sich bis etwa zum 19. Lebensjahre, um von da ab erst zu wachsen, und zwar etwa parallel der Kurve der inneren Hauptschicht, jedoch im ganzen in niedrigerer Kurvenhöhe als diese. Kaes macht darauf aufmerksam, daß diese Breitenverhältnisse der inneren zur äußeren Hauptschicht schon durch geringste Wachstumshemmungen der Gehirne gestört werden, daß namentlich die äußere Hauptschicht sehr leicht in größere Breiten zurückverfällt, ein Moment, das uns die größere Breite minderwertiger Gehirnrinden zu erklären imstande ist.

Zum I. Hauptteil des Atlas gehören I. b) die Tabellen 3—15 und die Kurven VI—XV; sie schildern die Breitenverhältnisse der einzelnen Regionen der Konvexität und zwar 1. der vorderen Stirn, 2. der hinteren Stirn, 3. der vorderen, 4. der hinteren Zentralwindung, 5. des Operculum, 6. der Insel, 7. der vorderen, 8. der hinteren Schläfe, 9. des oberen, 10. des unteren Scheitels, und daran angeschlossen 11. der Sehrinde und 12. des Gyrus fornicatus. Diese bei weitem komplizierteren und kunstvoll komponierten Kurven der Abteilung I. b) ähneln in ihrem Grundton naturgemäß durchaus denen der Abteilung I. a), weshalb es sich erübrigt, Einzelheiten einer näheren Besprechung zu unterwerfen. — Übrigens haben in all diesen Kurven nicht Aufnahme gefunden 5 von den 41 untersuchten Gehirnen und zwar wegen ihrer exzessiven Maßzahlen. Es sind dies eine mikrocephale Idiotin im Alter von 10 Monaten, eine ebensolche von 2 Jahren, ein 17jähriger Suahelineger, eine $25^{3}/_{4}$ Jahre alte makrocephalische idiotische Zwergin und ein 55jähriger Raubmörder und Gewohnheitsverbrecher. Deren Maße übersieht man dagegen mit besonderer Deutlichkeit in den Tabellen, wo sie mit schärferem Druck hervorgehoben sind.

Der II. Hauptteil des Atlas veranschaulicht den wechselnden Markfasergehalt der Hirnrinde auf 78 Tafeln; jede Tafel enthält je eine Abbildung der oben bezeichneten 12 Rindenbezirke. Die Reihenfolge der Gehirne ist nun von vornherein so angeordnet, wie sie ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht nur nach dem Markfasergehalt der Rinde sich ergibt, einem Markfasergehalt, der anfangs zunimmt, bis zu seinem Entwicklungshöhepunkt, und dann mit dem Alter allmählich wieder etwas schwindet. Es war dabei nicht zu vermeiden, daß es bei 2 Gehirnen des mittleren Alters zweifelhaft blieb, ob ihr verminderter Markfasergehalt noch dem Aufstiege oder

schon dem Abstiege der Entwicklung einzureihen sei. Sie sind dem Aufstiege zugerechnet.

Ich gebe im folgenden eine Tabelle dieser unzweifelhaft sehr interessanten Reihenfolge:

Nr.	Alter	Geschlecht	Besonderheiten
1	**10 Monate**	männlich	Mikrocephalie. Idiotie.
2	3 "	"	
3	3 "	"	
4	9 "	weiblich	
5	**2 Jahre**	"	Mikrocephalie. Idiotie.
6	1 "	"	
7	8 Monate	"	
8	**25¾ Jahre**	"	Makrocephalie. Idiotie. Zwergwuchs.
9	1½ "	"	
10	**15** "	"	Geistesschwäche.
11	3¾ "	männlich	
12	**55** "	"	Raubmord. Gewohnheitsverbrecher.
13	5 "	weiblich	
14	7 "	männlich	
15	**17** "	"	Suaheli.
16	10 "	weiblich	
17	19 "	männlich	
18	**54** "	"	
19	15 "	"	
20	**45½** "	weiblich	Mörderin, Engelmacherin.
21	24 "	männlich	Raubmörder.
22	26 "	"	
23	45 "	weiblich	
24	23 "	männlich	
25	36 "	"	
26	32 "	"	
27	30 "	"	Rückfälliger Dieb.
28	29 "	"	
29	19½ "	"	Einfacher Betrug.
30	40 "	"	Hindu.
31	40 "	"	Chinese.
32	27 "	"	
33	52 "	"	Höhepunkt der Faserentwicklung.
34	54 "	"	
35	54 "	"	
36	65 "	"	
37	60 "	"	
38	97 "	weiblich	Dementia senilis.
39	90 "	"	" "

In dieser Tabelle entsprechen die 33 ersten Gehirne dem Anstiege, die 6 letzteren dem Abfalle in der Markfaserentwicklung.

Besonderes Interesse beansprucht nun die Einreihung der 8 abnormen Gehirne in diese Tabelle. Da sind zunächst die 3 Idioten. Die jüngste, 10 Monate alte Idiotin rangiert vor dem 3monatlichen Kinde; die 2 Jahre alte Idiotie zwischen Individuen von 9 Monaten und 1 Jahr; die $25^1/_2$jährige makrocephalische Zwergin endlich war einzureihen zwischen Kinder von $1^1/_2$ und $3^3/_4$ Jahren. Immerhin zeigte sie doch in der Markfaserentwicklung Fortschritte insofern, als der äußere Baillarger ziemlich ausgebildet erschien, auch das oberflächliche Mark und die Assoziation der inneren Hauptschicht viel entwickelter war, namentlich in der linken Sehrinde und hinteren Zentralwindung, der vorderen Zentralwindung und den beiden Scheitelgebieten. Obwohl die 3 Idioten sich sonach trotz auseinanderliegendem Alter in der Tabelle ziemlich nahe stehen, differieren sie doch mit dem Gehirngewicht ganz enorm. Neben den lächerlich kleinen Gehirngewichten der 2 ersten Idioten von 170 und 200 g nimmt sich das Normalgewicht von 1373 g der 3. Idiotin ganz enorm aus.

Die Verteilung der 5 psychisch abnormen Individuen bezüglich ihrer Markfaserentwicklung geht aus der Tabelle des näheren hervor. Ich will nur von den Gehirngewichten noch hervorheben, daß die 45jährige Engelmacherin das auffallend kleine Gehirngewicht von nur 992 g, der 55jährige Raubmörder von nur 1120 g aufwies.

Die Schlußbetrachtungen der Arbeit enthalten nochmals eingehend eine zusammenhängende Schilderung der Entwicklung der gesamten Rindenfaserzüge. Es ist klar, daß die Projektionsbündel bezüglich ihres Herkommens und ihrer Bedeutung keiner erschöpfenden Untersuchung unterzogen werden konnten, da Kaes seine Untersuchungen von vornherein auf die Rinde beschränkte; nur soviel lieferte ihm sein Material an Ergebnissen, daß die Projektionsbündel in der Rinde „allörtlich“ (Meynert) seien, im Gegensatz zu Flechsig, welcher sie nur seinen Projektions-, nicht seinen Assoziationssphären zuspricht. Diesen Gesichtspunkten weiter nachzugehen, dazu gehören andere Untersuchungsmethoden, vor allem das Studium der experimentellen und pathologischen sekundären Degenerationen.

Hingegen eignete sich die rein anatomische Forschung von Kaes wesentlich für das Studium der Assoziationsbündel, die, soweit sie

in der Rinde verlaufen, vollständig zu überblicken sind. Es ergab sich der schon erwähnte unaufhörliche Wechsel der Breite der ganzen Rinde, ihrer einzelnen Schichten, der Breite des einstrahlenden Projektionskeiles, des Faserreichtums in den einzelnen Assoziationsschichten, vom Kinde bis zum Greise hin. Außerdem fand sich, daß sich eine Reihe von größeren Rindenbezirken gut voneinander abgrenzen lassen, in ihrem Wachstum sich untereinander verschieden verhalten, und daß die in der Jugend am meisten voranstrebenden Rindenbezirke die Führung durch das ganze Leben behalten, wie ja auch die in die Rinde einstrahlenden Projektionsbündel nicht gleichzeitig reifen.

Entsprechend der zuerst vorwiegenden Assoziationsfaserentwicklung in der inneren Hauptschicht müssen wir annehmen, daß die ersten psychischen Regungen und Reaktionen des Kindes hier geknüpft und vermittelt werden. Von diesen Lebensäußerungen nennt Kaes (im Anschluß an Preyer, die Seele des Kindes) die primitivsten durch unsere Sinne vermittelten Empfindungen und die durch Lust- und Unlustgefühle reflektorisch ausgelösten Muskelreaktionen, sodann die primitivsten Gemütsbewegungen, Furcht und Erstaunen. Daran reihen sich dann die Bewegungen des Kindes als Willensäußerungen, die aus den Reflex- und Instinktbewegungen hervorgehen, die Nachahmungs- und Ausdrucksbewegungen, die bewußten und sodann unbewußten Bewegungen, sowie schließlich die weitere geistige Entwicklung mit Ausbildung des Verstandes, der Sprache und des Ichgefühls. Zu all diesen höheren Funktionen wird die innere Hauptschicht nicht mehr genügen; es greift ja auch vom 8. Monat ab etwa die Ausbildung zunächst des äußeren Baillarger resp. Gennari'schen Streifens und dann ganz allmählich auch die der äußeren Hauptschicht Platz. Die niedere geistige Entwicklung kann sich kurz gesagt mit den Assoziationen der inneren Hauptschicht entwickeln, die höhere geistige Entwicklung benötigt jedoch gleichzeitig der äußeren Hauptschicht. Nach Kaes' Untersuchungen erreicht — mit der niederen geistigen Entwicklung — die innere Hauptschicht bezüglich ihrer Maße und ihres Fasergehaltes im 19. Lebensjahr bereits ihren Höhepunkt, während die äußere Hauptschicht besonders nach ihrem Fasergehalt bis zum 45. Lebensjahr und vielleicht noch darüber hinaus in ihrer Entwicklung fortschreitet.

Die pathologische Seite dieser Studien repräsentieren nun wieder die Idiotengehirne, in denen die äußere Hauptschicht teils nur andeutungsweise, teils etwas mehr reift, aber wohl meist immer in ihrer Entwicklung den normalen Gehirnen nachsteht.

Und ähnliche Verhältnisse zeigen einige Kriminelle, so besonders die 45jährige Engelmacherin und der 55jährige Raubmörder. Und zwar zeigt sich gerade auch wieder bei den Idioten, daß die einzelnen Gehirnbezirke verschiedene Entwicklungen durchmachen; so bleiben besonders in der Faserentwicklung der äußeren Hauptschicht zurück die Stirnteile, Operculum und Insel; es schreiten besonders voran die hintere Zentralwindung und die Sehrinde.

Weitere Einzelheiten dieser interessanten Ergebnisse liest man zweckmäßiger in der Originalarbeit nach; es möge hier nur darauf hingewiesen sein, welche besonderen Anregungen gerade die Forscher auf dem Gebiete der Idiotie aus dem Kaes'schen Atlas schöpfen können und schöpfen müssen.

Bericht über den 6. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands.

Von

Henze, Rektor, Hannover.

Vom 3. bis 5. April d. J. fand in Charlottenburg der 6. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands statt. Neben den Vertretern der Hilfsschule und der Schulen überhaupt nahmen an demselben auch zahlreiche Vertreter von Behörden und Vereinen, sowie Ärzte, Juristen, Beamte, im ganzen über 900 Personen teil. In dem vom Vorstande des Hilfsschulverbandes aufgestellten Programm nahm die Fürsorge für die schulentlassenen Hilfsschulzöglinge den ersten Platz ein. Zwei wichtige Gebiete derselben wurden in je einem Vortrage in der Hauptversammlung behandelt: der Militärdienst der geistig Minderwertigen, dessen Regelung im letzten Herbst durch ministerielle Erlasse angebahnt worden ist (s. Heft 2, S. 194—197), und die Fortbildungsschule für Geistesschwache. Wenn letztere bis jetzt auch nur in einer kleinen Zahl von Städten eingerichtet ist und überhaupt erst wenige Jahre besteht, des Ausbaues und der Bearbeitung im einzelnen noch sehr bedarf, so steht doch so viel fest, daß sie unumgänglich nötig ist, wenn nicht ein großer Teil der in der Hilfsschule aufgewandten Mühe später wieder verloren gehen soll; sie bildet eine wertvolle Ergänzung der durch den voraufgehenden Besuch einer Normalschule in den meisten Fällen auf 6 Jahre beschränkten Hilfsschulzeit, hilft den Jugendlichen über die gefährlichen Jahre des Einsetzens der Pubertät hinweg und führt sie in allmählichem Übergange zu einer gewissen Selbständigkeit in der Lebensführung; sie wird endlich zum Zentral- und Stützpunkt für die gesamten Fürsorgebestrebungen zum Besten

der schulentlassenen Geistesschwachen sich auswachsen können und müssen.

Um für diese Bestrebungen, speziell die Herbeiführung einer zweckentsprechenden Rücksichtnahme auf die Geistesschwachen im Rechts- und Heerwesen sowie im sozialen Leben die erforderlichen Unterlagen zu gewinnen, bedarf es eines während der gesamten Schulzeit auf Grund sorgsamer Beobachtung zusammengetragenen Bildes der Entwicklung des einzelnen Kindes nach der körperlichen, geistigen und sittlichen Seite. In Erkenntnis dieser Notwendigkeit wird wohl in allen Hilfsschulen über jedes Kind fortlaufend ein Personalbogen geführt, dem später zu jeder Zeit Hinweise zu richtiger Beurteilung und Behandlung der früheren Hilfsschulzöglinge entnommen werden können. Die Ersatz- und Militärbehörden werden von jetzt an von dem durch die Personalbogen gewonnenen Material ja schon weitgehend Gebrauch machen, und es ist doch wohl hoffentlich nur eine Frage der Zukunft, daß auf dem Gebiet der Rechtspflege dasselbe geschieht. Erweist sich so auch der Personalbogen in den Hilfsschulen als eine wichtige Maßnahme der Fürsorge für die Schulentlassenen, so kann nur der dringende Wunsch bestehen, daß behufs Bearbeitung und Vergleichung des hier und dort gewonnenen Materials in der Führung dieser Bögen möglichst gleichmäßig verfahren wird. Aus diesem Grunde stand auch das Thema „Der Personalbogen in der Hilfsschule“ mit auf der Tagesordnung. Daneben wurde über Fragen der Methodik des Hilfsschulunterrichts, der Schulorganisation, über Statistik und geschäftliche Angelegenheiten verhandelt.

In der ersten Versammlung am Nachmittage des 4. April wies der Verbandsvorsitzende Stadtschulrat Dr. WEHRHAHN-Hannover in einer kurzen einleitenden Ansprache auf 2 wichtige seit dem letzten Verbandstage Ostern 1905 ergangene, die Hilfsschule angehende Entscheidungen höchster Behörden hin: Die Entscheidung des Königlichen Kammergerichts in Berlin vom 25. Januar 1906, durch das die Schulbehörden ermächtigt werden, Kinder nach sachverständiger Prüfung auch gegen den Willen der Eltern einer Hilfsschule zu überweisen und die schon erwähnten Erlasse der Ministerien des Kultus, des Krieges und des Innern in betreff des Militärdienstes der geistig Minderwertigen. Darauf sprach Hauptlehrer HORRIX, Leiter der Hilfsschule in Düsseldorf, der sich seit Jahren eingehend mit der Materie beschäftigt hat, über „Den Personalbogen in der Hilfsschule“. Ref. legte der Versammlung ein von ihm entworfenes Schema vor, das eine biographische Anordnung des im Personalbogen niederzulegenden Materials vorsieht. Das Schema scheidet den Stoff in die drei Perioden vor, während und nach der Hilfsschulzeit. Bei der ersten Periode trifft er die Scheidung in Familiengeschichte mit ihren

Unterabteilungen und in persönliche Geschichte des betreffenden Kindes. Bei letzterer wird getrennt nach körperlicher und geistig-sittlicher Entwicklung und bei jeder dieser zwei Unterabteilungen wieder unterschieden die Zeit vor dem schulpflichtigen Alter und die Zeit, während der das Kind eine Normalschule besuchte. Für die zweite Periode, die Hilfsschulzeit, ist zunächst die Festlegung des Aufnahmebefundes, getrennt nach Körperzustand und geistig-sittlichem Standpunkt, vorgesehen, dann Angabe der voraussichtlich anzuwendenden Art und Weise der Behandlung und weiter die Zusammenstellung der fortlaufend gemachten Beobachtungen, der angewandten Mittel und der dadurch erzielten Erfolge in derselben Trennung nach Körperzustand und geistig-sittlichem Zustande. Darauf folgt ein Schema zur Aufführung der in der Hilfsschulzeit erteilten Zeugnisse.

Es sollen dann Angaben folgen über den Abgang aus der Hilfsschule, ob Entlassung vor oder zu dem gesetzlichen Zeitpunkte stattfand. Dabei soll über den körperlichen, geistigen und sittlichen Standpunkt zur Zeit der Entlassung berichtet werden. Bezüglich der Zeit nach der Schulentlassung soll berichtet werden über Verhalten und Entwicklung in der Fortbildungsschule, den erwählten Lebensberuf, Militärpflicht und sittliches Verhalten im späteren Leben.

Den Inhalt des Vortrages geben die vom Vortragenden aufgestellten Leitsätze wieder, die bis auf eine unwesentliche Änderung von der Versammlung angenommen wurden:

Die genaue Berücksichtigung der Individualität ist schon bei der Erziehung und dem Unterrichte des geistig normalen Kindes von höchstem Werte; für die Bildung der Hilfsschüler erweist sie sich als eine unbedingte Notwendigkeit, deren Nichtbeachtung die Erfolge der pädagogischen Maßnahmen in Frage stellt.

Da nun die Eigentümlichkeiten des Charakters der Hilfsschüler einer Klasse viel zu mannigfaltig sind, als daß der Erzieher sie von jedem einzelnen in seinem Gedächtnis festhalten kann, sie aber zum Zwecke einer genauen Beurteilung und richtigen Behandlung der Einzelpersönlichkeit in Schule und Leben festgehalten werden müssen, ist ihre regelrechte Aufzeichnung nicht zu entbehren; sie geschieht am zweckmäßigsten auf einem für jeden Hilfsschüler angelegten Personalbogen.

Die Charakterisierung der Hilfsschüler in diesem Personalbogen dient in erster Linie ihrer Erziehung und Bildung durch die Hilfsschule, daneben aber auch ihrem Schutze im späteren Leben und gegebenenfalls auch wissenschaftlichen Forschungen.

Erstrebenswert ist die Einführung eines einheitlichen Personalbogenschemas für sämtliche deutsche Hilfsschulen, das, wie das vorliegende, den örtlichen und persönlichen Verhältnissen entsprechend vereinfacht oder vervollständigt werden kann.

Weises Maßhalten jedoch in Anordnung und Ausführung, verbunden mit einer knappen, aber treffenden Form der Darstellung, soll im Personalbogen ein klares Bild von der Persönlichkeit des Hilfsschülers entstehen und zugleich die zur Förderung des Kindes angewandten Mittel und Wege deutlich erkennen lassen.

Der Personalbogen kann nur dann ein vollständiges getreues Bild der Einzelpersönlichkeit abgeben, wenn seine fortlaufende sorgfältige Führung während der ganzen Hilfsschulzeit nicht unterlassen wird.

Alles, was nach der Hilfsschulzeit über einen früheren Hilfsschüler in bezug auf seine weitere Entwicklung, besonders auch in seinem Lebensberufe wie in seinem sittlichen Verhalten in Erfahrung gebracht wird, muß gleichfalls Aufnahme in seinem Personalbogen finden.

Aus Rücksicht auf die leibliche und seelische Beschaffenheit der Hilfsschüler zerfallen die Personalbogen in einen medizinischen und pädagogischen Teil; die Ausfüllung des ersteren fällt dem Hilfsschularzte, die des letzteren dem Hilfsschullehrer zu.

Jeder Personalbogen ist mit derselben Nummer zu versehen, die der betreffende Hilfsschüler in der Schulstammrolle oder in einem besonderen Verzeichnisse hat; er ist als Urkunde zu betrachten und nach Abschluß der Hilfsschulbildung zu den Schulakten zu nehmen.

Das Original des Personalbogens bleibt in der Hilfsschule, die es angelegt hat; bei Wohnungswechsel und Anfragen von Behörden wird eine Abschrift eingesandt; diese darf aber nicht durch die Hand der in Betracht kommenden Hilfsschüler und ihrer Eltern gehen.

Den zweiten Vortrag hielt der Leiter der Hilfsschule in Stolp in Pommern FRENZEL über „Die schriftlichen Arbeiten in der Hilfsschule". Der Vortragende legte dar, wie auf diesem in der Hilfsschule ganz besonders schwierigen Unterrichtsgebiete die Hilfsschulzöglinge zu der im späteren Leben auch in allereinfachsten Verhältnissen erforderlichen Fertigkeit und Selbständigkeit gebracht werden können. Schulvorsteher WINTERMANN-Bremen berichtete dann über die Ergebnisse einer vom Verbandsvorstande im letzten Winter aufgenommenen Hilfsschulstatistik. Er mußte sich dabei auf die außerpreußischen Staaten beschränken, da in Preußen eine gleiche Statistik vom Kultusministerium veranstaltet worden ist, deren Ergebnisse aber noch nicht bearbeitet sind. Der offizielle Bericht, den der Vorstand über den Verbandstag erstattete und im Druck erscheinen lassen wird, wird hoffentlich auch den gesamten statistischen Stoff für ganz Deutschland in tabellarischer Übersicht bringen können.

In der zweiten Versammlung, der Hauptversammlung des Verbandstages, am Vormittag des 5. April, wurden die Teilnehmer seitens einer Reihe von Vertretern von Ministerien und höchsten Schulbehörden des In- und Auslandes begrüßt. Der Verbandsvorsitzende gab einen kurzen Überblick über die außerordentliche Entwicklung des Hilfsschulverbandes in den beiden letzten Jahren. Darauf hielt Stabsarzt Dr. STIER von der Kaiser Wilhelm-Akademie in Berlin seinen Vortrag über den Heeresdienst der geistig Minderwertigen. Da der Inhalt dieses Vortrages für die Leser dieser Zeitschrift wohl ganz besonderes Interesse haben dürfte, so sei darauf etwas genauer eingegangen. Dr. S. führte aus: Die höchste Aufgabe der Armee ist der Schutz des Vaterlandes. Gegen diese Aufgabe müssen alle anderen, auch die bedeutsame Aufgabe der Erziehung unserer männlichen Jugend durch den Heeresdienst zurücktreten. Nicht jeder junge Mann ist fähig, ein tüchtiger Soldat zu werden.

Darum ist eine sorgfältige Auswahl der nach Körper und Geist Geeigneten durch die Militärärzte erforderlich. Diese Auswahl wird unmöglich, wenn geeignetes Material nicht ausreichend vorhanden ist. Dem vorzubeugen, erfordert das Zusammenwirken vieler Faktoren, in erster Linie volkswirtschaftlicher, hygienischer und pädagogischer. Während eine Erkennung der ohne weiteres auszuscheidenden Geisteskranken meist nicht schwer fällt, fehlt es an einer scharfen Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz stellt einen Übergang dar. Es handelt sich dabei um Personen, die man zutreffend als geistig Minderwertige bezeichnen kann, die nicht eigentlich geisteskrank sind, aber in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit doch hinter dem Durchschnitt der Menschheit zurückbleiben, die zwar nicht in bezug auf ihren moralischen Wert, sondern bezüglich ihres sozialen Wertes hinter dem Gros zurückbleiben. Es handelt sich dabei um zwei Gruppen: Die Schwachsinnigen geringeren und mittleren Grades und die, bei denen es an der für gleichmäßige und ausreichende Leistungen erforderlichen Harmonie der psychischen und nervösen Funktionen fehlt (einseitig Begabte, Überempfindliche, Willensschwache, moralisch Defekte). Für alle diese findet sich im öffentlichen Leben Gelegenheit genug zu nutzbringender Beschäftigung. Im Heere aber müssen im großen und ganzen an alle gleiche Anforderungen gestellt werden, wenn es nicht in der Stunde der Gefahr versagen soll. Dabei sind die geistigen Anforderungen des Heeresdienstes nicht zu unterschätzen. Nun ist es ja zwar eine bekannte Erfahrung, daß mancher junge Mann, der bis dahin im praktischen Leben versagte, durch die militärische Erziehung zu einem brauchbaren Gliede der menschlichen Gesellschaft wird, manche Väter zu diesem Zwecke ihren Sohn geradezu zu vorzeitigem Eintritt ins Heer zwingen. Im allgemeinen ist aber auf Förderung durch den Heeresdienst nur bei denen zu rechnen, die bloß durch Erziehung und äußere Einflüsse auf abschüssige Bahn gerieten; sowie bei einigen wenigen geistig Minderwertigen, bei denen der Schwachsinn nur in geringem Grade vorliegt, die zugleich gutmütigen Charakters sind und zufällig in ganz besonders günstige Verhältnisse bei der Truppe kamen, ferner auch um manche unter den infolge erblicher Einflüsse disharmonisch entwickelten jungen Leuten, die vielleicht bisher ohne rechte Führung im Leben standen oder deren abnorme Veranlagung durch falsche Erziehung und geistige Verweichlichung noch gesteigert wurde. Bei letzteren kann wirklich die zielbewußte strenge Heereserziehung bisweilen Wunder bewirken, indem manche für ihr ganzes Leben aus der Dienstzeit ein gestärktes Selbstvertrauen, das Bewußtsein, etwas leisten zu können, fortnehmen.

Die große Mehrzahl der geistig Minderwertigen jedoch wird durch den Militärdienst nicht günstig beeinflußt. Die meisten scheitern an der Unerbittlichkeit der Forderungen und an der absoluten Notwendigkeit eines gewissen Maßes von Leistungen seitens aller. Auf Grund der Reaktion auf die militärischen Anforderungen lassen sich verschiedene Gruppen unterscheiden.

1. Die einfach Schwachsinnigen mit gutartigem Charakter. Sehen diese ein, daß sie trotz redlichster größter Anstrengung den Forderungen des Dienstes nicht zu genügen vermögen, so werden sie mutlos. Die

fortgesetzten energischen Versuche der Vorgesetzten, lieblose Neckereien der Kameraden rauben ihnen schließlich jegliches Selbstvertrauen, rufen bei ihnen einen Zustand dauernder Depression bis zur Verzweiflung hervor. Dadurch werden die an sich geringen Leistungen noch mehr herabgesetzt. Die Folge sind unter Umständen plötzliche sinnlose impulsive Handlungen, um sich dem unerträglich erscheinenden Zustande zu entziehen (Selbstmordversuch, Fahnenflucht, tätliche Angriffe gegen Kameraden oder gar Vorgesetzte).

2. Ähnlich pflegt der Verlauf der Dinge zu sein bei den reizbaren, empfindlichen Schwachsinnigen, die zwar keinen ausgeprägten Schwachsinn zeigen, aber ungleich in ihrer Stimmung und willensschwach sind. Auch sie vermögen vorübergehend oder dauernd den dienstlichen Anforderungen nicht zu genügen, aber es ist nun nicht Mutlosigkeit und Verzagen bei ihnen die Folge, sondern bewußte Opposition. Solche Naturen werden rasch unbeliebt, leben in stetem Streit mit ihren Kameraden, sehen in allen mit ihnen angestellten Versuchen nur Schikane der Vorgesetzten, die sie mit passivem oder gar aktivem Widerstand beantworten. So entstehen Vergehen gegen Unterordnung, Bedrohungen von Vorgesetzten oder gar tätliche Angriffe. Die Ursache von all dem wird bei dem lebhafteren Ausdruck des geistigen Lebens nicht so leicht erkannt, und so kommt es hier häufiger zu Verurteilungen als bei Gruppe 1. In Gefängnissen und Arbeiterabteilungen entwickeln sie dann aber oft recht Eigenschaften, die sie fürs spätere Leben unbrauchbar, zu einer Gefahr für Staat und Gesellschaft machen.

3. Weiter kommen Personen mit moralischen Defekten und Störungen in Betracht. Von Fällen aus ganz besonders günstiger Umgebung abgesehen sind diese meist schon vor dem Diensteintritt wegen Diebstahl, Vagabondage, Hausfriedensbruch kriminell geworden. Sie setzen in der Armee den schon jahrelang geführten Kampf gegen die staatlichen Einrichtungen und Gesetze fort; sei es in Form offenen Widerstandes, sei es in Form raffinierter Versuche, sich der Dienstpflicht durch Vortäuschung und Übertreibung von Krankheiten oder durch wohl überlegte, planvoll angelegte Fahnenflucht zu entziehen.

In allen drei Gruppen führt durchweg der Heeresdienst nicht zur Besserung, sondern Steigerung der geistigen Minderwertigkeit. Das haben die praktischen Erfahrungen des Heeres und der psychiatrischen Wissenschaft mit Bestimmtheit gelehrt.

Nun ist aber fast stets mit der geistigen Minderwertigkeit die körperliche vereint. Die geistig Minderwertigen liefern daher auch einen wesentlich höheren Prozentsatz an Krankenzugängen. Als Beweis dafür kann der Umstand dienen, daß in den Arbeiterabteilungen, wo relativ viele geistig Minderwertige sind, die Krankenzugänge zwei- bis viermal größer sind als im Durchschnitt der Armee. Weiter muß beachtet werden, daß bei den geistig Minderwertigen oft vorzeitige Dienstentlassung eintreten muß und die Kosten der Ausbildung dann also nutzlos aufgewandt sind, oder daß sie gar mit Invalidenansprüchen aus dem Heere scheiden.

Weit schwerer als die eben angedeutete materielle Schädigung ist die ideelle, die das Heer durch die geistig Minderwertigen erfährt: Störung der gleichmäßigen Ausbildung der Mannschaften sowohl in den Übungen

der Kraft und Geschicklichkeit als im Dienstunterricht, vor allem aber Störung der moralischen Erziehung der Truppen, der gegenüber die Minderwertigen am meisten versagen. Forderungen der Sauberkeit, Pünktlichkeit, der unbedingten Unterordnung und Pflichterfüllung bleiben für sie unverstanden und unerfüllbar. Hierin aber im Heere einen Unterschied in den Ansprüchen an den einzelnen zu machen, ist nicht möglich. Infolgedessen reibt der Vorgesetzte an solchen Personen seine beste Kraft auf und greift schließlich wohl auch einmal gereizt zu verkehrten Erziehungsmitteln. So liegt denn hier die Hauptursache zu den Mißhandlungen im Heere, die so gern bei Angriffen gegen dasselbe ins Feld geführt werden. Weiter bedeuten die geistig minderwertigen Elemente aber auch insofern eine Gefahr, als sie durch Bekundung antimilitärischer und antisozialer Gesinnung den guten Geist der Truppe zu schädigen vermögen.

Seit Jahren sucht die Heeresleitung solch schwere Schäden unter Benutzung der Ergebnisse der Psychiatrie zu verhüten, einmal durch baldige Ausmerzung der als geistig minderwertig und nicht erziehbar erkannten Elemente aus dem aktiven Dienste und andererseits durch Verhütung der Einstellung solcher Elemente im Heere. Schon 1875 wurde deshalb die Heeresordnung dahin erweitert, daß alle Personen, die eine Geisteskrankheit überstanden haben, vom Heeresdienst auszuschließen sind. Spätere Verfügungen ordnen ergänzend an, daß Anstalten für Geisteskranke die Personalien entlassener, noch militärpflichtiger Kranken an zuständiger Stelle mitzuteilen haben. Ferner werden seit 10 Jahren vielfach Sanitätsoffiziere auf längere Zeit zur Informierung nach Irrenanstalten, Kliniken usw. abkommandiert. Endlich aber ist man in letzter Zeit an die Gründung psychiatrischer Abteilungen in den großen Militärlazaretten herangegangen.

Weit schwieriger als die Entfernung geistig minderwertiger Elemente aus dem Heere ist die Verhütung ihrer Einstellung. Wohl sind bei dem Aushebungsverfahren die körperlich oder geistig wirklich Kranken oder hochgradig Schwachen zu erkennen. Sehr schwer, ja unmöglich aber ist es bei der Kürze der Zeit auch für den Berufspsychiater, alle die leichteren Fälle zu ermitteln, die wir als geistig Minderwertige zusammenfassen, ganz besonders auch infolge des Umstandes, daß fast alle jungen Leute bei der Untersuchung infolge des Ungewohnten der Situation, meist auch von Alkoholgenuß in abnormer geistiger Verfassung sich befinden. Da ist es am vorteilhaftesten, wenn eine Beurteilung der geistigen Fähigkeit des einzelnen Mannes auf Grund eines reichhaltigen Materials aus seiner Vorgeschichte sich ermöglichen läßt. Die dahin zielenden langjährigen Bestrebungen der Heeresleitung finden ihren Ausdruck in den Referaten des Generalarztes Dr. Stricker und Professors Dr. Ziehen anläßlich der Verhandlungen des wissenschaftlichen Senats der Kaiser Wilhelm Akademie vom 15. Februar 1905. Als praktisches Ergebnis derselben und als ganz außerordentlicher Fortschritt ist der Erlaß des Kultusministers zu bezeichnen, der nach jeder Schulentlassung die Einreichung von Verzeichnissen der abgegangenen Knaben unter Beifügung von Zeugnissen usw. seitens der Hilfsschulleiter anordnet, und im Zusammenhange damit der Erlaß der Minister des Krieges und des Innern, der die sorgsame Ausnützung des so gewonnenen Materials in die Wege leitet.

Zweifellos besteht die allgemeine soziale Aufgabe der Hilfsschule darin, die noch vorhandenen schwachen Kräfte ihrer Zöglinge zu möglichster Entfaltung zu bringen. Tatsächlich läßt sich auch namentlich bei einträchtigem Zusammenwirken von Arzt und Pädagogen nach dieser Richtung hin in der Hilfsschule viel erreichen. Der Hilfsschularzt, der unbedingt Spezialist auf dem Gebiete der geistigen und nervösen Krankheiten sein muß, wird ganz besonders erfolgreich bei den zahlreichen Fällen nervöser Störungen eingreifen können, die die geistige Entwicklung oft so überaus hemmen. Indem aber die Hilfsschule einerseits das schwache Kind in einer Weise schützt und fördert, wie es sonst nicht möglich ist, erlangt sie andererseits wesentliche Bedeutung auch dadurch, daß sie die Normalschulen von dem die Fortschritte aufhaltenden Ballast der Schwachen befreit. Sehr bedeutsam kann weiter die Hilfsschule auf kriminalpolitischem Gebiete werden. Unsere moderne Strafrechtsentwicklung will an Stelle des geltenden Strafrechtsprinzips der Vergeltung etwas anderes setzen. Sie betrachtet als Hauptaufgabe das Studium der Ursachen des Verbrechens, um durch deren Beseitigung vorbeugend wirken zu können. Als eine Hauptursache ist aber zweifellos geistige Krankheit und Minderwertigkeit anzusehen; es ist daher Staat und Gesellschaft am besten durch vorbeugende Erziehung und Behandlung vor antisozialen Elementen zu schützen. Ja, noch nach begangener Straftat können die in der Hilfsschule gemachten Erfahrungen für die richtige Beurteilung und die Frage der weiteren Behandlung des Betreffenden wichtig werden. Endlich aber vermag die Hilfsschule in weiteren Kreisen, speziell bei den Eltern richtiges Verständnis der geistigen Schwächen und des daraus resultierenden Verhaltens der Kinder zu wecken, diese zu schützen vor zu großen und nutzlosen geistigen Anstrengungen, die ihnen falscher Ehrgeiz der Eltern sonst leicht zumutet.

Wenn so die Hilfsschule den Schwachen im öffentlichen Leben, dem Staat und der Gesellschaft gegen die von den Minderwertigen drohenden Gefahren zum Schutze gereicht, so ergibt sich ihre Bedeutung für das Heer von selbst. Sie wird zunächst diesen oder jenen Knaben zum Heeresdienst fähig machen, vor allem aber dazu beitragen, die für die Armee Unbrauchbaren auf Grund eines in sorgfältiger Beobachtung seitens des Arztes und Lehrers durch eine Reihe von Jahren hindurch gewonnenen Urteils zu ermitteln.

Die Erfahrungen der Hilfsschule sich nutzbar zu machen, war schon länger das Streben der Heeresverwaltung. So sind nun schließlich die erwähnten Erlasse zustande gekommen. Man darf ihre Bedeutung bei der steten Zunahme der Hilfsschulen nicht unterschätzen. Schon jetzt machen die von den Hilfsschulen Anzumeldenden $^1/_3$ Proz. aller Gestellungspflichtigen aus.

Aufgabe der Hilfsschulen ist es nunmehr, durch sorgfältige Ausführung der Zeugnisse möglichst an der Hand eines einheitlichen Schemas dahin zu wirken, daß den Erlassen voller Erfolg zu teil werde. Schon jetzt ist ein gewisser Erfolg der Bemühungen zum Zweck der Fernhaltung der geistig Minderwertigen vom Heere unverkennbar. Die Zahl der als geistig minderwertig entlassenen Soldaten ist in den letzten Jahren so gestiegen, daß man darin sicher eine Wirkung des Fortschritts in der richtigen und

zeitigen Erkennung der geistigen Schwäche sehen darf. Ebenso ist in den letzten 10—15 Jahren eine bedeutende Abnahme der Selbstmorde in der Armee zu konstatieren. Vielleicht ist auch die Abnahme der gerichtlich geahndeten Vergehen in der Armee im letzten Jahre von diesem Gesichtspunkte zu betrachten. Zweifellos aber ist man in der ganzen Bewegung auf richtiger Bahn. Besonders empfehlenswert würde noch sein, wenn die Hilfsschulen auch noch nach der Schulentlassung den Lebensweg ihrer Zöglinge verfolgten und auf deren erziehliche Beeinflussung auch noch nach der Entlassung in besonderen Fortbildungsschulen hinwirkten.

Der als pädagogischer Korreferent für das Thema vorgesehene Leiter der Braunschweiger Hilfsschule Hauptlehrer KIELHORN, der schon seit 20 Jahren bemüht gewesen ist, eine gewisse Rücksichtnahme auf die aus seiner Schule entlassenen Zöglinge bei dem Aushebungsgeschäft zu erreichen, hob hervor, daß alle Hilfsschulvertreter den Ministerien für die Erlasse zu aufrichtigstem Danke verpflichtet seien. Er ermahnte zu genauer Führung der Personalbogen und sorgfältiger Ausstellung der Zeugnisse und berichtete über seine bezüglich der im Heere eingestellten früheren Hilfschulzöglinge gemachten Erfahrungen. Referent legte sodann zwei von ihm entworfene Formulare vor, von denen eines zur Aufnahme der von den Schulen für die Ersatzbehörden zu machenden Angaben, ein anderes zur Fixierung der Erfahrungen, die mit den eingestellten Hilfsschulzöglingen bei der Truppe gemacht wurden, dienen soll. Letzteres wird für die Zukunft Material zu äußerst wichtigen statistischen Zusammenstellungen liefern können.

Als zweites Thema stand für diese Versammlung „Die Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte“ auf der Tagesordnung. Hierüber referierte Filialleiter FUCHS-Berlin, der eine derartige Fortbildungsschule leitet, bis jetzt die einzige, die auch von jungen Mädchen besucht wird. Nachstehend seien die zu dem Vortrage aufgestellten Leitsätze wiedergegeben:

Die selbständige Fortbildungsschule für Schwachbegabte ist eine notwendige Ergänzung zur Hilfsschule.

Das Schülermaterial der Fortbildungsschule für Schwachbegabte setzt sich aus den ehemaligen Hilfsschülern und solchen psychopathischen Naturen zusammen, die in den bestehenden Fortbildungsschulen für Normale eine geeignete Behandlung und Förderung nicht erfahren können.

Für die ehemaligen Hilfsschulzöglinge ist der obligatorische Besuch der Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte bis zum vollendeten 17. Lebensjahre anzustreben.

Die Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte setzt sich sowohl die erziehliche Beeinflussung als die Ausbildung für die Forderungen des praktischen Lebens zum Zweck.

Zur Erreichung dieses Zieles ist eine niedrige Klassenfrequenz, eine genaue Differenzierung des Schülermaterials, eine zweckentsprechende Auswahl der Lehrstoffe und eine streng individualisierende Lehrmethode und Erziehung geboten.

In der Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte erfolgt — im Gegensatz zur Hilfsschule — eine räumliche oder zeitliche Trennung der Geschlechter.

Die obligatorischen Unterrichtsfächer sind Deutsch (Lesen, gesellschaftskundliche Besprechungen, Schreiben), Rechnen und Handarbeit. Für die Mädchen ist die Erweiterung dieser Fächer durch Hauswirtschaft, für die Jünglinge durch Zeichnen zu empfehlen; jedoch ist der Besuch dieser letztgenannten Fächer fakultativ.

Als Lehrkräfte der Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte kommen in erster Linie Hilfsschullehrer und Hilfsschullehrerinnen in Betracht.

Die Fortbildungsschule hat das von der Hilfsschule begonnene Werk der Beobachtung, Beratung und Fürsorge an den Schwachbeanlagten fortzusetzen.

Den letzten Vortrag hielt Rektor Sanot-Charlottenburg über „Die geplante Neuorganisation der Charlottenburger Gemeindeschulen mit Rücksicht auf die minderbegabten und minderleistungsfähigen Kinder“. Diese Organisation soll in Anlehnung an die bekannten Ideen des Stadtschulrats Sickinger-Mannheim, aber mit den durch die lokalen Verhältnisse gebotenen Modifikationen eine weitergehende Differenzierung im Unterrichte als bisher ermöglichen. — Der Anfang zu der Durchführung des Planes in der Praxis ist bereits gemacht worden.

Besprechungen.

Heilbronner, Über gehäufte kleine Anfälle. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 31. 1906 p. 472.

Bei den Fällen mit gehäuften kleinen Anfällen, ist aus der Natur des Anfalls die Differentialdiagnose — ob hysterisch oder epileptisch — meist nicht zu stellen, wegen der kurzen Dauer des Anfalls des kindlichen Alters der Patienten usw. Aber auch der sonst oft schließlich entscheidende Verlauf der Krankheit läßt differentiell im Stich, da die Fälle z. T. rasch ungünstig verlaufen oder nach gleichfalls ziemlich kurzem Bestand restlos heilen. Ein Teil wird aber später epileptisch. Verf. führt eine Reihe von instruktiven Fällen der vielgestaltigen Gruppe an. Besondere Beachtung verdienen Fälle, in welchen funktionelle Störungen sich ausschließlich in Symptomen äußern, die an sich den für Epilepsie charakteristischen entsprechen. Die Fälle müssen aber aus der Epilepsie auch dann ausgeschieden werden, wenn die Symptomatologie des Einzelfalls und das Fehlen hysterischer Zeichen die epileptische Natur nahelegt. Sie stellen eine besondere Gruppe dar. Ratschläge betr. die Behandlung beschließen die erfahrungsreiche klinische Studie. H. Vogt.

Bratz, Das Krankheitsbild der Affektepilepsie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907. Nr. 6.

Die Grundlage für die klinische Studie gab die Beobachtung an Fürsorgezöglingen ab. Es handelt sich um neuropathische, degenerierte, schwer belastete Individuen, die typische epileptische Anfälle zeigen. Letztere sistieren in der Anstalt, kehren aber draußen unter dem Einfluß erregender Momente wieder. Der Grundzug des psychischen Wesens ist mehr ein degenerativer, als ein rein epileptischer: Unstetheit, Mangel an sicherem Wissen, Reizbarkeit usw. Die Bezeichnung, die der Autor auch in der Bearbeitung des Themas in Gemeinschaft mit Leubuscher in der Deutsch. med. Wochenschr. gebraucht: „affektepileptische Krämpfe bei Degenerierten“ wird dem Wesen der Sache noch besser gerecht. Es werden aus der Erfahrung des Autors (ca. 25 Fälle) einige Beispiele angeführt. Die Ähnlichkeit der Fälle mit den psychasthenischen Krämpfen von Oppenheim war auch dem Autor nicht entgangen, indessen trennt er sie wohl mit Recht davon ab. (Offenbar steht die Affektepilepsie ebenso zwischen der Epilepsie und der psychischen Degeneration, wie die Oppenheim'schen Fälle zwischen der Epilepsie und der Neurasthenie. Ref.) H. Vogt.

Wimmer, Zwei Fälle von kongenitalem Muskelleiden bei Kindern. Arch. f. Psych. Bd. 42. Heft 3. S. 960.

Im ersten Falle handelt es sich um eine ungewöhnliche Form von angeborener, progressiver, symmetrischer, wesentlich proximaler, atrophischer Extremitäts- und Truncusparese mit beginnender Entartungsreaktion bei einem 16 Monate alten, nicht belasteten Kinde ohne nachweisbare psycho- resp. neuropathische Disposition. Verf. nimmt hier eine angeborene Resistentia minor des Protoneurons an. Die geistige Entwicklung schien bisher normal gewesen zu sein; nur sprach das Kind noch wenig und war noch unreinlich. Thyreoidin hatte keinen bleibenden Nutzen.

Der zweite Fall betrifft einen 12 jährigen Knaben mit angeborener Muskelatrophie, die klinisch und patho-histologisch an den von Charcot-Marie und Tooth beschriebenen „Peronealtypus" erinnert sowie an Hoffmann's progressive neurotische Muskelatrophie. Indessen ist das Leiden angeboren und mit ausgesprochener Imbecillität von emotionellem Typus verbunden. Der Knabe bleibt in Gebaren und Redeweise um mehrere Jahre hinter seinem Alter zurück. Seine Sprache ist gut artikuliert, aber lispelnd und von infantilem Klange. Zwei Geschwister sind klein an Hirnentzündung gestorben, ein Vetter ist schwachsinnig und an den Beinen gelähmt. In diesem zweiten Falle erwies sich eine myoplastische Operation erfolgreich, entgegen Oppenheim's Warnung vor derartigen Eingriffen bei progressiven Muskelleiden. Raecke.

Dr. **Adler,** Studie über Minderwertigkeit von Organen. Berlin-Wien 1907, Urban und Schwarzenberg.

In geistvoller Weise betont die Broschüre, daß vielfach familiär die gleichen Organgruppen zu Erkrankungen neigen auf Grund erblicher Minderwertigkeit, aber dabei manchmal eine Kompensation in der Leistung des betreffenden Organs eintritt durch eine Überwertigkeit seines psychomotorischen Überbaues, wie bei der jugendlichen Sprachstörung des Redners Demosthenes, der degenerativen Anlage der Ohrmuschel Mozart's u. s. f. Alle Erscheinungen der Neurosen und Psychoneurosen seien zurückzuführen auf die Organminderwertigkeit, den Grad und die Art der nicht völlig gelungenen zentralen Kompensation und auf die eintretenden Kompensationsstörungen. Ein Anhang bespricht in dem gleichen Sinne die Verhältnisse von 50 Bettnässern. Jedenfalls geht aus der Schrift eine dringende Mahnung hervor, auch bei minderwertigen Kindern eingehend jede krankhafte Abweichung irgend eines Organs zu registrieren und nach verwandten Vorgängen in der Blutsverwandtschaft zu suchen, woraus sich weiterhin ätiologische und prophylaktische Gesichtspunkte ergeben. W.

Dr. med. **Fiebig,** Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, Heft 28, Langensalza 1907 (Preis 75 Pfg.).

Die anregende Schrift betont die Forderung der Alkoholenthaltung, zum Schutze der Keimzellen und zur Bewahrung des Körpers vor Entartung des Nerven-, Gefäß- und Bindegewebes; sie kommt dabei zum Rat des Alkoholverbotes bei rachitisfreien Völkern, in den deutschen Kolonien,

und ferner zur Wahrung vor der Empfängnis bei körperlich erschöpften Frauen, wenn bei den nächsten Vorfahren Rachitis bestanden hat. W.

Dr. phil. **Theodor Heller,** Psychasthenische Kinder. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, Heft 29, Langensalza 1907 (Preis 35 Pfg.).

Anschaulich beschreibt HELLER jene Kinder, die, ohne schwachsinnig zu sein, durch Zustände verminderter seelischer Widerstandsfähigkeit, vor allem das Unvermögen der Überwindung von Unlustgefühlen, auffallen. Der vortreffliche Vortrag sei allen Lesern unserer Zeitschrift warm empfohlen. W.

Berkhan, Zwei Fälle von Skaphocephalie. Arch. f. Anthrop. N. F. IV. 1907. 1. Heft.

Mitteilung zweier typischer Fälle: 1. 60 jähriger Mann (Schädelmaße: Hu 57,5, diam. froo. 21,5, bip. 12,5), 2. $3^1/_2$ jähriger Knabe (Schädelmaße: Hu 53, diam. froo. 18,8, bip. 12,5). Instruktive Abbildungen sind beigegeben. Als Ursachen werden angegeben: Rachitis, intrameningealer Hydrops, atypische Nahtverknöcherung. H. VOGT.

Schlesinger, Vorgeschichten und Befunde bei schwachbegabten Schulkindern. Ein Beitrag zur Erforschung der Ursachen schwacher Begabung. Intern. Arch. f. Schulhygiene. III. 1907. 3. Heft.

Beobachtungen und Erhebungen an 138 Hilfsschulkindern. Bei der Heredität spielen Potus und Tuberkulose der Eltern eine wesentliche Rolle. In der Frage, welche Stellung nehmen die Hilfsschüler ein in der Reihenfolge der Geschwister ergibt sich, daß sie oft an der Übergangsstelle der Gesunden in die degenerierende Nachkommenschaft sich finden, bekannter sind andere Erscheinungen: Erstgeburt oder letztes Glied einer langen Generationsreihe. Unter den erworbenen Schädlichkeiten spielen eine Rolle: Geburtstraumen, frühe Intestinalstörungen, Ernährung mit Alkohol, dann Rachitis, Infektionskrankheiten. Eingehend gewürdigt sind die nervösen und psychischen — zur Geistesschwäche führenden — Erkrankungen, z. B. die Epilepsie. Hier handelt es sich, ebenso wie bei der Eklampsie (15 Proz.) wohl meist um koordinierte Momente. Das Zusammentreffen körperlicher und geistiger Minderwertigkeit spricht aus den zahlreichen somatischen Störungen (Habitus, Schädel, Tonsillenbefund, Strumen usw.), sowie den nervösen Erscheinungen, Sprachstörungen u. a. Interessant ist das folgende Resultat der inhaltsreichen Arbeit: meist liegt ein Zusammentreffen ererbter und erworbener Faktoren zugrunde (88 Proz.), rein angeboren scheinen nur 3 Proz., rein erworben 9 Proz. H. VOGT.

Schlesinger, Die Sprachstörungen schwachbegabter Schulkinder. Straßburg. Med. Zeitg. 1906. 7. Heft.

Unter 120 Hilfsschülern sind 34 Stammler, 2 Stotterer, 2 Stumme gewesen. Die Prognose für die Stammler und die Stummen (es handelt sich um Ungeschick im Gebrauch der Sprachorgane) ist gut, für die Stotterer schlecht. Das Stammeln — das im 2. Lebensjahr physiologisch

ist — ist der Ausdruck einer verzögerten Sprachentwicklung. Sie ist die Folge der Vabilität. Somatisch kommen nebenbei in Betracht: Tonsillenhypertrophie, Schwerhörigkeit und fehlerhafte Zahnstellung.

H. Vogt.

Hilfsschullehrer **Legel**, Die Sprache und ihre Störungen mit besonderer Berücksichtigung der Sprachstörungen geistig Zurückgebliebener. Ein Handbuch für Lehrer bearbeitet und mit Zeichnungen versehen. Potsdam 1905, A. Stein. (4 Mark.)

Das Buch bemüht sich, die mannigfachsten Beziehungen der Sprache für Nichtmediziner darzulegen, philosophische und psychologische Ansichten, die Frage der Tiersprache, dann die Sprachentstehung beim Menschen, die Sprachentwicklung des Kindes, die Anatomie der Sprachorgane und die Physiologie der Sprachlaute. Der zweite Teil befaßt sich mit den Sprachstörungen. Etwas zu wenig kritisch folgt das Buch den Ansichten der mannigfachsten Autoren, so nimmt es die Hypothese der „Erinnerungszellen" in der Hirnrinde hin, äußert sich freilich über den Bau des Hirns nur lakonisch auf einer halben Seite; hinsichtlich der Schwachsinnsgruppen folgt es den Einteilungen von Sengelmann und Emminghaus. In bezug auf Abbildungen ist unsere Zeit etwas anspruchsvoller geworden. Zur Orientierung über die Mannigfaltigkeit der Probleme ist das Buch geeignet.

W.

Dr. **Jul. Moses** (Mannheim), Die hygienische Ausgestaltung der Hilfsschule. S.-Abdr. aus „Internat. Arch. für Schulhygiene" III. Bd. 2. H. Leipzig. Wilh. Engelmann 1906.

Es war ein dankenswertes Unternehmen von M., eine systematische Darstellung der Hilfsschulhygiene zu versuchen und alles zusammenzufassen, was von gesundheitlichen Maßregeln für die leibliche und geistige Eigenart der Hilfsschulzöglinge notwendig und ersprießlich erscheint: Denn jedem, der das Hilfsschüler-Material kennt, wird die große Menge von Entartungsmerkmalen, die schlechte Ernährung fast aller Zöglinge, ihre Neigung zu Störungen der Sinnesorgane, und allgemeine Erkrankungen, Rachitis, Anämie usw. nicht entgangen sein abgesehen von schlimmen hereditären und häuslichen Verhältnissen, die bei den Imbezillen in den Hilfsschulen vorherrschen.

Wenn M. für das Schulhaus anstatt der verzettelten „Hilfsklassen" Zentralisation und Selbständigkeit verlangt, so muß man das entschieden befürworten, auch die Forderung von Schulbädern, Schulküchen, Trink- und Waschvorrichtungen für die Schüler ist durchaus berechtigt. Aber Herstellung von „heiz- und lüftbaren Garderoberäumen, wo die Kinder auch nötigenfalls Schuhe und Strümpfe wechseln können" — und ähnliches sind Idealgrundsätze, die kaum der Wirklichkeit entnommen und wohl auch unnötig sind. Dagegen ist es viel ratsamer, dem Frankfurter und Elberfelder Beispiel zu folgen und städtischerseits den armen Hilfsschulkindern dann freie Trambahnfahrt zu gewähren, wenn infolge der zentralisierten Hilfsschuleinrichtungen die Schulwege zu weit für sie werden.

Die Anlage eines Schulgartens hat sich auch bei uns bewährt, aber der „Sandhaufen“ im Schulhof gehört ebenfalls zu jenen hygienischen Forderungen, die bei der Lektüre außerordentlich gut klingen, aber in der Schulpraxis einfach unmöglich sind.

In der schwierigen Frage der Einweisung von Imbezillen in die Hilfsschulen erscheint mir, wie ich auch in einigen meiner Schriften immer wieder betonen mußte, eine Prüfung der geistigen Leistungen in der Unterstufe der Volksschule und die endgültige Entscheidung über die Aufnahme durch eine Prüfungskommission von Schulbehörde, Lehrern und Ärzten der einzige Ausweg. Wenn wegen körperlicher Unzulänglichkeit schon in der Normalschule bei Beginn des schulpflichtigen Alters eine Zurückstellung erfolgen sollte, so hat das keine Bedeutung für den schwachsinnigen Schüler, der auch später noch soweit gefördert werden kann, wie es seiner Aufnahmefähigkeit entspricht, auch wenn er 1 Jahr länger in der Hilfsschule bleiben muß! — Besondere Vorklassen sind unnütz. Moses gibt beachtenswerte rein pädagogische Einzelvorschläge für den Unterricht mit Rücksicht auf die leichte Ermüdbarkeit der Imbezillen, die durchaus den Anschauungen aller jener Pädagogen und Ärzte entsprechen, die für die Hilfsschulen „Minimal- nicht Maximalleistungen“ — als Endziele des Unterrichts begehren.

Die bessere Ernährung der Hilfsschulkinder ist wohl das wichtigste im hygienischen Programm der Hilfsschule, und da kann nur die private Wohltätigkeit helfen, wenn nicht die Hilfsschulen allgemein in Internate verwandelt werden sollen. — Auch M. vertritt hier den einzig richtigen Standpunkt, daß nur völlig idiotische und moralisch schwer defekte Schwachsinnige der elterlichen Obhut entrückt werden sollen, denn man kann ja auch aus sozialpolitischen Gründen manchen Eltern nicht alle Pflichten gegen ihre Kinder abnehmen. Maennel, der Leiter der Hallenser Hilfsschule sagt ganz mit Recht: „In der Schule muß das Kind abgehärtet werden, um gegenüber den üblichen Einflüssen des Verkehrs der Straße, selbst des Elternhauses zu bestehen. Es darf nicht zu lange gegängelt werden!“ Der Berufswahl, der Fürsorge entlassener Zöglinge, der Frage, ob sie in den Heeresverband eintreten sollen, sind längere Ausführungen gewidmet. Die Bedeutung der Fürsorgevereine in Berlin, Königsberg (Frankfurt ist leider vergessen!) wird von M. in eingehendster Weise gewürdigt, nicht minder das ersprießliche Zusammenarbeiten zwischen Lehrern und Schulärzten an den Hilfsschulen! Die reiche Literatur, die Moses anführt, beweist, wie sehr die gemeinsame Tätigkeit schon Früchte getragen hat: Es ist schade, daß die pädagogischen und ärztlichen Schriften über Hilfsschulen so verzettelt sind. Aus der Bearbeitung einer größeren Arbeit über ein ähnliches Thema, die bis in die jüngste Zeit reicht, weiß Referent, wie noch manche weitere Erfahrungen von Schulärzten in „Archiven“ begraben liegen, die für die Schulhygiene von großem Werte, aber bisher leider nicht berücksichtigt sind. — Der Verf. der vorliegenden Arbeit zeigt so viel warmes Interesse für die Hilfsschule und so viel Kenntnis der einschlägigen Schriften, auch so großes allgemein hygienisches Können, daß er vielleicht bestimmt ist, aus dem „Versuch“, wie er seine Schrift nennt, eine Tat werden zu lassen. Ärzte und Lehrer werden ihm für eine erschöpfende Darstellung der Hilfsschulhygiene gewiß dankbar

sein. Bei der Darstellung der Krankheiten und krankhaften Zustände der Hilfsschüler hat M. eine sehr gute Mischung von populärem und wissenschaftlichem Geiste angebracht, was gerade bei der Tuberkulose, Chorea, Hysterie, die er bespricht, nicht immer leicht ist. Auch in der Darlegung der sexuellen Prophylaxe und Aufklärung hat er die richtige Mitte gefunden: denn da wird von den Heißspornen unter den ärztlichen Sexual-Schriftstellern jetzt ein Übermaß von Betriebsamkeit entwickelt, das der Sache mehr schadet als nützt!

Die Schrift von M. sollte eine große Verbreitung finden und in keiner Schulbibliothek fehlen. San.-Rat Dr. L. LAQUER (Frankfurt a. M.).

Dr. phil. **Lucy Hösch Ernst** und Professor Dr. phil. **Ernst Meumann**, Das Schulkind in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung. 1. Teil von L. HÖSCH ERNST, mit 29 farbigen und schwarzen Kurventafeln. Leipzig, Otto Nemnich, 1906 (18 Mk., geb. 20 Mk.).

Das groß angelegte Werk bringt zunächst anthropologisch-psychologische Untersuchungen an Züricher Schulkindern, unter Vergleichung mit Schulkindern anderer Länder. An 700 Kindern aller Altersstufen wurden 8750 Kopf- und Körpermessungen ausgeführt, deren Ergebnisse auch graphisch dargestellt sind. Je besser die soziale Stellung der Eltern, um so besser sind die Kinder körperlich entwickelt. Landschüler übertreffen an Brustumfang relativ zur Körpergröße die Stadtschüler. Knaben werden von Mädchen im 11. oder 12. Jahre an Körpergröße und Gewicht überholt, jedoch überwiegen allgemein die Knaben in bezug auf Brustumfang, Druckkraft und Lungenfassungsvermögen. Unterernährung und Krankheit zeigt sich am deutlichsten durch herabgesetzte Druckkraft. Kopfumfang und Schädelinhalt ist bei Mädchen absolut und relativ zur Körpergröße bedeutend kleiner als bei gleichalterigen Knaben. Kopfumfang, Kopflänge und Schädelinhalt stehen in gleichen Verhältnissen zur Körpergröße. Im übrigen muß hinsichtlich der ungemein reichhaltigen Einzelbefunde auf das Original verwiesen werden. WEYGANDT.

Notiz.

Für Schwachsinnigenanstalten und -schulen dürfte sich im Unterricht in der Landeskunde trefflich empfehlen die Erfindung des Lehrers GREUBEL zu Rimpar bei Würzburg: „Baukasten zur Herstellung von Reliefkarten und Einführung in das Kartenverständnis.“ Zur Veranschaulichung der Geländeunebenheiten läßt sich kein zweckmäßigeres Hilfsmittel finden. Der Preis beträgt 40 Mk. W.



Sanitätsrat Dr. Hermann Wildermuth.

Nekrolog Wildermuth.

Von

Sanitätsrat Dr. **Habermaas** in Stetten i. R.

Mit 1 Porträt WILDERMUTH's.

HERMANN WILDERMUTH wurde am 28. April 1852 zu Tübingen geboren als der Sohn des Gymnasialprofessors WILDERMUTH und der durch ihre schriftstellerische Tätigkeit rühmlichst bekannten OTTILIE WILDERMUTH geb. ROOSCHÜZ. Er besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt, trat dann einem altwürttembergischen Brauche folgend in das niedere theologische Seminar in Urach ein und bezog im Jahre 1871 die Hochschule Tübingen, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Mit Ausnahme eines in Leipzig zugebrachten Semesters blieb er seine ganze Studienzeit in Tübingen und vollendete sie mit einem glänzenden Examen im Jahre 1876. Wegen seines Fleißes und seiner hervorragenden Begabung von seinen akademischen Lehrern sehr geschätzt, war er zu dem Anatomen LUSCHKA in besonders nahe Beziehungen getreten, ihm durfte er zum 25jährigen Professorenjubiläum die Glückwünsche der Studenten darbringen, ihm hat er, noch ehe ein Jahr vergangen war, den Lorbeer aufs Grab gelegt. Nach einem wissenschaftlichen Studien gewidmeten Aufenthalte in Wien und nach Vollendung seiner Dissertation „Über die lufthaltigen Nebenräume des Mittelohres beim Menschen" übernahm WILDERMUTH die zweite Prosektorstelle an der Tübinger Anatomie und wollte sich auf diesem Gebiete der akademischen Laufbahn widmen. Leider fand er vom Nachfolger LUSCHKA's nicht die erwartete Unterstützung und als er gar bei seinen von den Studenten außerordentlich stark besuchten Vorlesungen an der Benutzung der Präparate der anatomischen Sammlung verhindert wurde,

kehrte er der Universität den Rücken und übernahm 1878 eine Assistenzarztstelle an der chirurgischen Abteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart. Gemeinschaftlich mit seinem Freunde Kreuser arbeitete er sich rasch in das neue Arbeitsfeld ein und mit Befriedigung blickte er stets auf diese Zeit zurück, die ihm unter einem wohlwollenden Chef (Staatsrat von Gärttner) bei dem großen Material des Spitals reichlich Gelegenheit zu selbständigem Handeln bot und ihn durch die damals noch junge antiseptische Wundbehandlungsmethode früher nicht geahnte Erfolge erzielen ließ. Nicht in einseitiger Berufstätigkeit schloß sich das Freundespaar ab; in regem Verkehr mit Freunden und Kollegen tauschte es seine Erfahrungen aus, die offenen Abende bei Wildermuth und Kreuser boten eine Fülle von Anregungen und sind jedem Teilnehmer in dankbarer Erinnerung geblieben. Schon nach Jahresfrist erging an Wildermuth die Aufforderung, eine Assistenzarztstelle an der vortrefflich geleiteten Göppinger Privatirrenanstalt zu übernehmen. Ungern verließ er die ihm lieb gewordene Tätigkeit und erfüllt vom Streben nach naturwissenschaftlicher Exaktheit betrat er nicht ohne Bangen das der objektiven Beobachtung nicht unmittelbar zugängliche Gebiet der Psychiatrie. Erleichtert wurde ihm sein Entschluß durch die Persönlichkeit des Leiters der Göppinger Anstalt, Gustav Landerer, mit dem ihn späterhin eine auf gegenseitiger Hochachtung begründete dauernde Freundschaft verband. Auch hier hat sich Wildermuth mit der ihm eigenen Elastizität rasch und leicht mit den neuen Aufgaben vertraut gemacht und sich reiche Erfahrungen gesammelt, die ihm bei seiner späteren Tätigkeit trefflich zustatten kamen. Nach glänzend bestandenem Physikatsexamen wurde er im Herbst 1880 vom Verwaltungsrat der Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische zu Stetten einstimmig zum Nachfolger Haeberle's erwählt. Mit der Übernahme dieser Stellung begann für Wildermuth eine an Kämpfen reiche Tätigkeit; neben dem ärztlichen Dienst an der Anstalt mit nahezu 300 Pfleglingen war er zur Ausübung einer ausgedehnten beschwerlichen Landpraxis verpflichtet und erst nach 4 Jahren konnte er sich unter großen finanziellen Opfern ausschließlich der Anstaltstätigkeit und Konsultativpraxis widmen. Mit ausgesprochenem organisatorischem Talent und scharfem wissenschaftlichem Blick verstand er es, in kurzer Zeit in Stetten treffliche klinische Einrichtungen zu treffen, die Anlegung und Durchführung erschöpfender Krankengeschichten, die ausführlichen Sektionsprotokolle, die jährlichen Anstaltsberichte und namentlich die Veröffentlichung zahlreicher, z. T. bahnbrechender Arbeiten legen

ein beredtes Zeugnis von seinem unermüdlichen Fleiße und seiner unbegrenzten Schaffensfreudigkeit ab.

Wohl vorbereitet durch eine große wissenschaftliche Reise, bei der er auf die Fürsorge für Epileptische und Schwachsinnige sein besonderes Augenmerk gerichtet hatte, gestützt auf seine in Stetten gemachten Erfahrungen und besonders hierzu befähigt durch seine hohe Begabung und sein glänzendes Rednertalent stand er bald als Erster im Kampfe um die Epileptiker- und Idiotenfürsorge. Durch den württembergischen Oberamtsarzt Moll war es schon im Jahre 1865 als eine Pflicht des Staates erklärt worden, für das Unterkommen der Epileptischen zu sorgen. Zu der Zeit, da Wildermuth seine Tätigkeit auf diesem Gebiete begann, befand sich in Deutschland nur eine staatliche Epileptikeranstalt — Königswartha in Sachsen —, weitaus die Mehrzahl der Epileptischen befand sich in konfessionellen Privatanstalten, ein Teil war in Irrenanstalten angegliederten Abteilungen untergebracht. Von Anfang an ist Wildermuth dafür eingetreten, wie für die Geisteskranken, so auch für die Schwachsinnigen und Epileptischen hat der Staat in erster Linie die Fürsorge zu übernehmen, und für die Leitung solcher Anstalten kommt nur der psychiatrisch gebildete Arzt in Betracht; doch gab er zu, daß man nach der Entwicklung der Fürsorge für Epileptische und Idioten in den letzten Jahrzehnten den Kreisen, die sich zu einer Zeit dieser Unglücklichen angenommen haben, wo sich sonst niemand um dieselben kümmerte, einen gewissen Einfluß auf den Charakter ihrer Schöpfungen billigerweise nicht versagen dürfe. Solange dieser mit vernünftigen pädagogischen und medizinischen, speziell psychiatrischen Grundsätzen nicht in Konflikt komme, habe der Arzt keinen Grund, dagegen zu sein.

Die gemeinsame Verpflegung von jugendlichen Idioten und Epileptischen hat Wildermuth stets befürwortet; er weist den Einwand, das schwachsinnige Kind könne durch den Anblick epileptischer Anfälle epileptisch werden, als durch die Tatsachen längst widerlegt zurück und bezeichnet den Einwand, der Epileptische könne durch das Zusammensein mit Idioten geistig notleiden, als hinfällig durch den Hinweis darauf, daß in jeder Epileptikeranstalt alle Formen von Schwachsinnigen vertreten sind.

Nach einem eingehenden Referat Wildermuth's und Korreferat Guhr's Laehr's faßte der Verein deutscher Irrenärzte im Jahre 1891 zu Weimar einstimmig den Beschluß: die Anstalten für Epileptische müssen im Interesse der Humanität und der Wissenschaft, wie die Irrenanstalten, unter ärztlicher Leitung stehen und wie diese organi-

siert sein. Gleichzeitig sprach Herr ZINN-Eberswalde unter allgemeiner Zustimmung WILDERMUTH „Dank und Anerkennung für sein ganzes bisheriges Wirken zugunsten einer angemessenen Fürsorge für die Epileptischen und Idioten aus, speziell für die Umsicht, die Sachkenntnis, die Ausdauer und für die Mäßigung, womit er trotz der Ungunst äußerer Verhältnisse für die armen Kranken eingetreten ist und für die Opfer, welche er der von ihm und dem Verein deutscher Irrenärzte vertretenen Sache bislang gebracht hat". In erschöpfender zusammenfassender Weise hat WILDERMUTH seine Bestrebungen und Forderungen in der Idioten- und Epileptikerfürsorge im Handbuch der Krankenversorgung von LIEBE 1899 zum Ausdruck gebracht und zum letzten Male ergriff er in dieser Frage das Wort in einer anläßlich der Tagung südwestdeutscher Irrenärzte in Stuttgart 1902 verfaßten Abhandlung über die Fürsorge für Idioten und Epileptische in Württemberg. Er unterscheidet zwei Perioden in der Entwicklung der Fürsorge, die erste, die mit Dr. ROESCH und Dr. MÜLLER begann und mit GRIESINGER's Abgang von Mariaberg zu Ende ging, bezeichnet er als die ärztlich philanthropische; die zweite, die in engem Zusammenhang mit dem Wiederaufleben einer planmäßigen christlichen Wohltätigkeit (Innere Mission) steht, die geistlich pädagogische. Während er es freudig begrüßt, daß in Preußen für die Idioten- und Epileptikeranstalten eine neue Periode angebrochen ist: die Organisation der Anstalten nach Art der Irrenanstalten mit ärztlicher Oberleitung, stellt er fest, daß in Württemberg die Idioten- und Epileptikerfürsorge sich noch völlig in dem Stadium der geistlich konfessionellen Leitung befindet; er bedauert die Zurückdrängung der ärztlichen Leitung und schließt resigniert: „man wird es müde, immer wieder dieselben Klagen zu erheben, es hilft ja doch nichts". Seine unermüdliche Aufklärungsarbeit war aber nicht vergebens; das durfte er noch 8 Tage vor seinem Tode erfahren, in der württembergischen Abgeordnetenkammer wurde von mehreren Seiten ein energischer Sturmlauf gegen die konfessionellen Privatanstalten unternommen und einer der Abgeordneten bezeichnete es sogar als eigentümlich, daß der Staat sich bis jetzt hier gar nicht auf seine Pflicht besonnen habe.

WILDERMUTH hat, wie schon erwähnt, die Tätigkeit der Geistlichen und Lehrer auf dem Gebiete der Idioten- und Epileptikerfürsorge stets anerkannt und in vollem Umfange gewürdigt; wenn es aber galt, Übergriffen auf das ärztliche Gebiet von dieser Seite zu begegnen, dann konnte er in einen heiligen Zorn geraten und mit nichts zu wünschen übrig lassender Deutlichkeit seinen Stand-

punkt wahren. Das bezeugen u. a. die beiden Aufsätze: „Eine christliche Therapie der Epilepsie“ und „Die neuesten Angriffe auf die Psychiatrie“. Auf WILDERMUTH's zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen über die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Epilepsie (vgl. das Literaturverzeichnis) kann hier nicht näher eingegangen werden; eine umfangreiche Arbeit über die Erfolge der Epilepsiebehandlung ist leider nicht mehr zum Abschluß gekommen. Die im Anstaltsdienst gewonnenen praktischen Erfahrungen hat WILDERMUTH niedergelegt in einer Abhandlung über die Behandlung der Epileptischen in Anstalten, ferner in dem Handbuch für Krankenpflege von LIEBE und in einem auch in französischer Sprache erschienenen Aufsatz über die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen.

Nicht weniger fruchtbar und gewinnbringend waren seine Studien auf dem Gebiete der Idiotie; in mehreren größeren Arbeiten hat er wertvolle Beiträge zur Erforschung und Behandlung des angeborenen Schwachsinns gegeben; ausgedehnte Anerkennung fand seine Einteilung der Idiotie, die er in einem seiner Jahresberichte an das k. Medizinalkollegium, die überhaupt durch ihre Reichhaltigkeit und scharfsinnigen Beobachtungen, ihre ausführlichen Sektionsberichte mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen und Zeichnungen eine unerschöpfliche Fundgrube für alle Forscher auf dem Gebiete der Epilepsie und Idiotie bilden, gegeben hat und die ausgedehnte Verwertung in der 3. Auflage von SCHÜLE's Lehrbuch der Psychiatrie gefunden hat. Nach eingehenden Untersuchungen über die Sprachstörungen der Idioten und auf Grund zahlreicher Schädelmessungen (vgl. Medizinalbericht 1884) und Gehirnsektionen kommt WILDERMUTH zu dem Schlusse, daß auf diesem Wege eine den verschiedenen Formen der Idiotie entsprechende Einteilung nicht zu finden ist und empfiehlt unter ausschließlicher Betonung der psychischen Symptome eine Gruppierung, die sich in ungezwungener Weise der normalen Entwicklung des Kindes anschließt. Er unterscheidet idiotischen Blödsinn entsprechend dem Zustande des neugeborenen Kindes und idiotischen Schwachsinn leichten, mittleren und hohen Grades, je nach dem Stehenbleiben auf den verschiedenen Stufen der Kindheit. Nachdem der jugendliche Schwachsinn als krankhafte Entwicklungshemmung erkannt war, lag es eigentlich nahe, den Vergleich mit der gesunden Entwicklung zur Einteilung der verschiedenen Formen heranzuziehen; es war WILDERMUTH vorbehalten, auf diesen Gedanken zu kommen. Er verkannte nie, daß seine Einteilung nicht allen Ansprüchen gerecht werde und in seinen

„Psychischen Komplikationen der Idiotie" hat er deutlich gezeigt, wie gut ihm die Mannigfaltigkeit der unter dem Namen Idiotie zusammengefaßten Krankheitszustände bekannt war; aber sein Vorschlag ist in seiner Einfachheit, besonders auch zur raschen Verständigung im Verkehr mit Nichtpsychiatern, so praktisch, daß er die in weiten Kreisen gefundene Anerkennung in vollem Umfange verdient hat. Eine weitere Arbeit WIILDERMUTH's aus seiner Stettener Zeit betrifft den Musiksinn der Idioten; in mühsamen, sich auf 150 Schwachsinnige erstreckenden Einzeluntersuchungen weist er nach, daß die Entwicklung der musikalischen Begabung bei Idioten auf relativ hoher Stufe steht und zieht die praktische Schlußfolgerung: „in den Idiotenanstalten ist der Gesang sorgfältig zu pflegen, besonders der Gesang mit rhythmischen Bewegungen, die sog. Reigenspiele, bei welchen das Gefühl für koordinierte Bewegung durch gleichzeitigen Gesang wesentlich geschärft wird."

Nahezu 9 Jahre war WILDERMUTH in Stetten tätig und hat die Anstalt, die sich schon durch die praktischen Erfolge HAEBERLE's eines guten Rufes erfreute, zu einer hohen Blüte gebracht und zu einer Stätte wissenschaftlicher Erforschung der Idiotie und Epilepsie emporgehoben. Daß er hier durch die Schule des Landarztes gehen mußte, hat er stets als hohen Gewinn seiner Ausbildung zum Arzte angeschlagen; aber die ihm zugemutete Doppelstellung als praktischer Arzt und als Arzt an einer Anstalt, die ein wissenschaftlich fast noch gar nicht bebautes Feld umfaßt, konnte ihn auf die Dauer nicht befriedigen; sein strenges Pflichtgefühl erlaubte ihm nicht, zwei Stellungen inne zu haben, von denen bei gewissenhafter Ausübung schon jede einzelne die volle Kraft eines Mannes erforderte.

Bei dem Verwaltungsrat der Anstalt fand er für seine Bestrebungen nicht das nötige Verständnis und so entschloß er sich schweren Herzens die ärztliche Vorstandsstelle an der Anstalt niederzulegen und eine Tätigkeit aufzugeben, zu der er in so ganz besonderem Maße befähigt war und die ihn als Arzt und Menschen gleich hoch befriedigt hatte; erst 12 Jahre später ist es seinem Nachfolger gelungen, mit den WILDERMUTH'schen Forderungen durchzudringen und den ärztlichen Dienst in seinem Sinne zu regeln. WILDERMUTH hat mit Recht darauf hingewiesen, die Idioten sind Egoisten und ethischer Gefühle bar. Die Fülle von aufrichtigem Schmerz bei seinem Scheiden von Stetten und die dankbare Anhänglichkeit, die ihm die Stettener Anstaltsinsassen bewahren — Besuche WILDERMUTH's waren stets dies fausti — zeigten ihm die Wahrheit des Sprichwortes: nulla regula sine exceptione. Schon

seit Jahren hatte Wildermuth viel besuchte Sprechstunden für Nervenkranke, die er wegen der ungünstigen Verkehrsverbindungen nach Stuttgart verlegt hatte, abgehalten und ermutigt durch seine Erfolge ließ er sich dort als Nervenarzt nieder. Gleichzeitig gründete er seinen eigenen Hausstand, in glücklicher harmonischer Ehe, an der Seite einer feinsinnigen innigst geliebten Gattin, im Kreise seiner blühend heranwachsenden, zu den schönsten Hoffnungen berechtigenden Söhne suchte und fand er die Erholung von seinem aufreibenden Berufe. Mit eiserner Arbeitskraft und bewundernswerter Ausdauer kämpfte er sich durch mancherlei Schwierigkeiten hindurch und in wenigen Jahren hatte er sich einen Wirkungskreis geschaffen, dessen Bewältigung die höchsten Anforderungen an seine Kraft stellten. Dazu kam seine Stellung als konsultierender Arzt im Leuze'schen Mineralbad und die Leitung der Nervenklinik Ottilienhaus, die er begründet hatte im Verein mit seiner Schwester Adelheid, der treuen verständnisvollen Genossin all seiner Bestrebungen, der edlen Frau mit dem warm fühlenden Herzen, die es so trefflich versteht, die Kranken und Elenden zu trösten und die Niedergedrückten durch ihren köstlichen Humor wieder aufzurichten. Dank dem glücklichen Zusammenarbeiten der Geschwister durfte sich die Klinik bald des regsten Zuspruches erfreuen. Sie konnte nur eine beschränkte Anzahl Leidender aufnehmen und bei seinen streng wissenschaftlichen Grundsätzen hat Wildermuth oft die Mängel der ambulanten Behandlung Nervenkranker empfunden. Als er im Jahre 1900 aufgefordert wurde, die Leitung der inneren Abteilung des Ludwigsspitales zu übernehmen, lud er sich auch noch diese Last auf, um in größerem Umfang als seither durch klinische Beobachtung und Behandlung zur Kenntnis der Nervenkrankheiten beizutragen. Immer häufiger wurde er zu Konsultationen und zu Begutachtungen aller Art begehrt und bald galt er in seinem Spezialgebiet, auch in fernen Landen, der erste Kongreß für Epileptikerfürsorge in Washington ernannte ihn zu seinem Ehrenmitglied — als eine der ersten Autoritäten. Einer ehrenden Berufung in das K. württ. Medizinalkollegium im Sommer 1881 leistete Wildermuth aus Rücksicht für die Anstalt Stetten keine Folge. Im Jahre 1884 wurde W. für die Redaktion der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer gewonnen und zählte seither zu deren fleißigsten und hervorragendsten Mitarbeitern; in den Literaturberichten der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie besorgte er seit 1887 das Referat über Idiotie und Kretinismus.

Der Schwerpunkt von Wildermuth's wissenschaftlicher Tätig-

keit lag auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie, der Epilepsie und Idiotie und hier wird sein Name stets in erster Linie genannt werden. Daneben beschäftigte er sich in eingehender Weise mit der Erforschung und Heilung von Nervenkrankheiten und in verschiedenen Abhandlungen hat er aus dem großen Schatze seiner Erfahrung wertvolle Aufschlüsse gegeben. Berechtigtes Aufsehen erregten seine Ausführungen über die sog. Schülerüberbürdung bei der Landesversammlung der w. Ärzte im Jahre 1896. In einem glänzenden, nach Form und Inhalt gleich hervorragenden Vortrage unterwarf er die Überbürdungstheoretiker einer vernichtenden Kritik und forderte energisch die Beibehaltung der humanistischen Grundlage des Unterrichts. Ein zweites Mal ergriff er in dieser Frage das Wort auf dem internationalen Kongreß für Schulhygiene 1904. Er bestreitet den Zusammenhang zwischen Schulüberbürdung und Geisteskrankheiten im kindlichen und jugendlichen Alter und richtet die eindringliche Mahnung an den Arzt, sich im Interesse einer nüchternen sachlichen Schulreform — die Notwendigkeit einer solchen hat er nie bestritten — vor Übertreibungen zu hüten.

Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen behandelte Wildermuth auf Grund eines eigenen reichen Materials bei der Versammlung von Ärzten und Juristen im Jahre 1903 und stellt am Schlusse seiner Ausführungen fest: „Die Hysterie als solche bedingt weder eine Störung der Intelligenz noch des sittlichen Fühlens, welche die Zurechnungsfähigkeit ausschließt oder beeinträchtigt. Die bei Hysterischen häufig gefundene intellektuelle Verfahrenheit, Verlogenheit, Hang zum Verbrechen usw. gehören nicht zum Wesen der Hysterie; sie beruhen auf dem Boden neuropathischer Belastung. Einzelne akute hysterische Anfälle psychischer und somatischer Natur heben die Zurechnungsfähigkeit nur dann auf, wenn die inkriminierte Handlung nachweislich während eines solchen Anfalles oder dessen ersichtlicher Nachwirkung stattgefunden hat. Die hysterischen Dämmerzustände sind in ihrer Bedeutung für die Zurechnungsfähigkeit den epileptischen gleichzustellen.“

Die letzte Abhandlung Wildermuth's beschäftigt sich mit der Unterbringung geisteskranker Kinder; wie er schon früher für eine gemeinsame Verpflegung schwachsinniger und epileptischer Kinder eingetreten war, so empfiehlt er auf Grund langjähriger Erfahrung auch die Unterbringung psychopathischer Kinder in für diesen Zweck erweiterten und eingerichteten Idioten- und Epileptikeranstalten und schließt sich hiermit der von Schüle schon vor Jahren geäußerten Ansicht an. Wildermuth hat dabei, um möglichst weit-

gehender Individualisierung gerecht zu werden, nur große Anstalten unter psychiatrischer Leitung und unter Gewährung berechtigter Mithilfe der Pädagogik im Auge. Die Prognose bei jugendlichen Psychosen hält er nicht für so ganz schlecht, wie vielfach angenommen wird; er hat öfters erlebt, daß sich Patienten, die zu den Entarteten zu zählen waren, wenn auch nach manchen Stürmen eine leidliche Lebensstellung verschafft haben. Genauere Mitteilungen über die Prognose des jugendlichen Irreseins hoffte er später machen zu können. Diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt. WILDERMUTH's anscheinend kräftige und widerstandsfähige Konstitution war seit Jahren durch ein fortschreitendes Herzleiden untergraben; den Mahnungen besorgter Freunde folgend gönnte er sich dann und wann Erholungspausen, aber stets kurz; immer wieder trieb ihn seine Pflichttreue und seine Schaffensfreudigkeit zu der stets wachsenden Berufsarbeit zurück. Einen schweren Stoß erlitt seine Gesundheit, als er im Jahre 1904 im Seebad Langeoog anläßlich der Errettung eines Ertrinkenden von den Wogen erfaßt und bewußtlos ans Land geschleudert wurde. Weiter wirkte auf sein Leiden ungünstig ein eine im Februar dieses Jahr zwecks Vornahme einer kleinen Operation durchgeführte Narkose. Schon schien es, als ob WILDERMUTH auch diesen Sturm siegreich überwinden würde, als plötzlich bedrohliche Herzerscheinungen auftraten, die ihn nötigten, die bereits wieder aufgenommene Berufstätigkeit aufzugeben und ärztliche Hilfe in der medizinischen Klinik in Tübingen aufzusuchen; leider zu spät. Eine Embolie der Art. colic. dext. führte zu ausgedehnter Gangrän und setzte am 22. Mai seinem an Arbeit und Erfolgen reichen Leben ein Ziel.

Tief betrauern wir in WILDERMUTH den bedeutenden Gelehrten, den hervorragenden Arzt, den edlen Menschen und den treuen Freund. Auf einer hohen Warte weitumfassender Bildung stehend, bildete er stets den Mittelpunkt wissenschaftlichen und geselligen Verkehrs und niemand konnte sich dem Zauber seiner Persönlichkeit entziehen, sei es bei seinen wissenschaftlichen Vorträgen oder bei den Debatten in wissenschaftlichen Versammlungen, wo er so oft durch ein Wort am rechten Platz aufklärend und versöhnend wirkte; sei es bei geselligen Veranstaltungen, wo er durch geistreiche humorvolle Tischreden erfreute oder im Zwiegespräch bei Wanderungen in den von ihm besonders bevorzugten deutschen Waldgebirgen. Gern teilte er mit aus dem reichen Schatze seines Wissens und nie ließ er den Rat und Auskunft Suchenden seine geistige Überlegenheit in bedrückender Weise fühlen. Wie Professor MÜLLER so treffend

am Grabe WILDERMUTH's zum Ausdruck gebracht hat, machten sein scharfer Verstand, seine feine Menschenkenntnis, sein teilnehmendes Eingehen auf die Interessen und Sorgen anderer und nicht zum mindesten sein unverwüstlicher, liebenswürdiger Humor die Unterhaltung mit ihm zu einer stets anregenden und kaum je konnte man von ihm weggehen, ohne das erhebende Gefühl einen geistigen Genuß erlebt und eine geistige Förderung erfahren zu haben. Wie er seinen Patienten der unermüdliche, hilfsbereite Arzt war, so stand er auch seinen Freunden gern mit seinem Rate zur Seite und übte durch sein Beispiel einen tiefgehenden Einfluß auf sie aus. So strenge er in den Anforderungen an sich selbst war, so milde beurteilte er die Schwächen anderer, erkannte rückhaltlos das Gute an ihnen an und freute sich von Herzen über ihre Erfolge.

Groß ist der Schmerz über des Freundes Hingang; die Lücke, die sein Tod in den Freundeskreis gerissen hat, wird sich nicht mehr schließen. Groß ist auch die Trauer in weiteren Kreisen, bei seinen zahlreichen Patienten und bei seinen Fachgenossen. Getragen von unvergänglichen Dankbarkeit und Verehrung wird WILDERMUTH in aller Herzen weiter leben.

Verzeichnis der Arbeiten Wildermuth's.

1. Die lufthaltigen Nebenräume des Mittelohres beim Menschen. Inaugural-Dissert. 1877.
2. Der feinere Bau der lufthaltigen Vogelknochen nebst Beiträgen zur Kenntnis ihrer Entwicklung.
3. Reiseerinnerungen an Frankreich, England, Schottland und Belgien, 1881. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 40.
4. Die Epileptikerfürsorge auf dem Kongreß der Armenpflege in Dresden 1883. Zeitschr. f. Idiotenwesen, Bd. 4.
5. Mitteilungen aus der Abteilung für Epileptische der Anstalt Stetten, 1883. Zeitschr. f. Idiotenwesen, Bd. 4.
6. Über die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie, 1883. Zeitschr. f. Idiotenwssen, Bd. 4.
7. Über das Auftreten chronisch epileptischer Zustände nach Scharlach, 1884. Württ. Med. Korresp.-Bl., Bd. 54.

8. Zur Frage der Fürsorge für Epileptische, 1884. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 40.
9. Notiz über die Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie, 1884. Berliner Klinische Wochenschrift, Bd. 23.
10. Einige Wahrnehmungen über Sprachstörungen bei Idioten, 1885. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 41.
11. Über die Behandlung von Epileptischen in Anstalten, 1885. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 1.
12. Stromer und Epileptiker, 1885. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 1.
13. Ein Fall von Aktinomykosis, 1886. Württ. Med. Korresp.-Bl., Bd. 56.
14. Über Degenerationszeichen bei Epileptischen und Idioten, 1886. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 56.
15. Heilanstalt für Epileptische auf der Rüti, 1886. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 2.
16. Bemerkungen zu Pastor Sengelmanns Idiotophilus, 1886. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 2.
17. Nekrolog Gudden, 1886. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 2.
18. Über die Komplikationen der Idiotie, 1887. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 3.
19. Antifebrin bei Epilepsie, 1888. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 3.
20. Berichte über die Heil- und Pflegeanstalt Stetten, 1881—1885.
21. Musiksinn bei Idioten, 1889. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 59.
22. Die Pathologie der Idiotie, 1889. Schweiz. Konferenz f. Idiotenwesen.
23. Eine christliche Therapie der Epilepsie, 1889. Württ. Med. Korr.-Bl.. Bd. 59.
24. Über Prügelstrafe, 1889.
25. Amylenhydrat gegen Epilepsie, 1889. Neurologisches Zentralblatt.
26. Über epileptisches Irresein, 1890. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 60.
27. Über Nahtverknöcherung am Schädeldach bei Idioten und Epileptischen 1890. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 6.
28. Plan einer Anstalt für Epileptische, 1890. Denkschrift f. Epil. u. Idiotenfürsorge der Provinz Sachsen.
29. Zur Fürsorge für Epileptische und Idioten, 1891. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 61.
30. Zur Fürsorge für Epileptische. Referat in Weimar, 1891. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 48.
31. Über Windungsanomalien am Gehirn von Epileptischen und Idioten, 1891. Württ. Med. Korr.-Bl,, Bd. 61.
32. Operative Behandlung bei kortikaler Epilepsie, 1892. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 48.
33. Die neuesten Angriffe auf die Psychiatrie, 1893. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 63.
34. Über Erkältung, 1894.
35. Über Epilepsie, 1894. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 64.
36. Zum Fall Mallage.
37. An die Ärzte von Idioten- und Epileptikeranstalten, 1894. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 10.

38. Nekrolog Häberle, 1894. Zeitschr. f. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 10.
39. Die epileptische Geistesstörung mit Bezug auf die Strafrechtspflege, 1896. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 52.
40. Zur Ätiologie der Epilepsie, 1897. Festschr. d. Stuttg. ärzt. Vereins.
41. Die moderne Überbürdung, 1897. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 67.
42. Über die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen, 1898.
43. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Nervenkranke, Epileptische und Idioten, 1899. Handbuch der Krankenversorgung v. Liebe.
44. Nekrolog Geßler, 1900. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 70.
45. Die Fürsorge für Idioten und Epileptische in Württemberg, 1902. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 72.
46. Über Volksheilstätten für Nervenkranke, 1902. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 60.
47. Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen, 1903. Jurist. u. Psychiatr. Grenzfragen.
48. Schule und Nervenkrankheiten, 1904. Württ. Med. Korr.-Bl., Bd. 21.
49. Nekrolog Kölle, 1905. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 21.
50. Die Unterbringung geisteskranker Kinder, 1906. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epil., Bd. 22.

Der Mongolismus.

Referat von

Privatdozent Dr. **H. Vogt**
in Langenhagen.

Mit 6 Figuren im Text und 3 Tabellen.

Das wachsende Interesse für die wissenschaftlichen und praktischen Fragen der Idiotie steigert auch das Bedürfnis nach literarischer Orientierung. Der Versuch, ein bestimmtes Detailgebiet der Idiotie in zusammenfassender Form zu referieren, mag daher als Vorarbeit für weitere Inangriffnahme des Gebietes um so mehr berechtigt erscheinen, als für die Zweige unseres Spezialfaches besondere Umstände eine literarische Übersicht erschweren. Einmal ist auf den meisten Gebieten der Idiotie bisher in der ausländischen Literatur mehr als in der inländischen — und auch hier sehr zerstreut — zu finden. Die Arbeiten ersterer Art sind auch in unseren größeren Bibliotheken z. T. nicht vorhanden. Die einmal getane umständliche Beschaffung mag also allen folgenden nutzbar sein. Dann aber liegt ein weiterer Grund für die Zersplitterung der Arbeiten in der sonst so fruchtbaren Arbeitsteilung unserer Wissenschaft überhaupt. Wie die familiäre amaurotische Idiotie völlig unabhängig voneinander von Augen- und Nervenärzten studiert worden ist und erst 10 Jahre vergehen mußten, ehe eine Fühlung auf dem Gebiete eintrat, so ist auch die mongoloide Idiotie von psychiatrischer und pädriatrischer Seite ziemlich für sich in Angriff genommen worden, in Deutschland von letzterer Seite wesentlich früher. Auch diese Tatsache erschwert natürlich den literarischen Überblick.

Die Krankheit ist von Langdon-Down und Fraser-Mitchell zuerst erkannt und beschrieben worden. Der Name stammt von Langdon-Down, der der neuentdeckten Affektion besonders in ethnologischem Sinne Bedeutung beimaß, während Mitchell 54 näher studierte Fälle mitteilte. Auch in der Folge ist die Krankheit vor allem in England studiert worden. Nachdem die genannten Autoren und ebenso Fletcher Beach (in einigen Allgemein-Darstellungen) ein im ganzen bereits erschöpfendes und auch heute noch zutreffendes Bild von der Krankheit entworfen hatten, war einerseits in England auch dem Studium der einzelnen Symptome eine Reihe von Arbeiten gewidmet (Garrod, Jonas, Smith, Thomson, Wilmarth usw.). Andererseits fand dort die Krankheit als solche schon frühzeitig Würdigung in den Lehrbüchern (Shuttleworth, Ireland usw.). Shuttleworth und vor allem Sutherland haben sich um das Studium der Krankheit verdient gemacht, letzterer vor allem durch die Arbeiten über die Schädelveränderungen der Mongolen. Verhältnismäßig spät hat Bourneville die Krankheit eingehender in seinen Récherches berücksichtigt (1902), er hat auch der pathologisch-anatomischen Seite (Philippe und Oberthür) in erster Linie Beachtung geschenkt. Bei uns ist — so konnte Weygandt in seinem bekannten Dresdener Referat mit Recht hervorheben — die Krankheit ziemlich vernachlässigt worden. Die erste Darlegung und ziemlich erschöpfende Charakteristik stammt von Neumann, eine eingehende, vornehmlich differentialdiagnostische Studie von Kassowitz. Die Vernachlässigung von psychiatrischer Seite liegt wie so manches andere daran, daß vornehmlich psychiatrisch interessierte Ärzte kaum Berührung mit der Krankheit hatten, während in den Kinderhospitälern die Fälle zur Beobachtung kamen. Hier ist das Krankheitsstudium in der Tat namentlich an poliklinischem Material, aber auch in rein klinischer und anatomischer Hinsicht wesentlich gefördert worden (Heubner, Fromm usw.). Neuerdings war es vor allem von dieser Seite Siegert, der die Krankheit eingehend bearbeitete. Ich verdanke Herrn Professor Siegert eine Reihe höchst wertvoller brieflicher Mitteilungen, die im folgenden verwertet sind. Von psychiatrischer Seite hat Weygandt und Verf. das Thema in Angriff genommen. Ersterer hat über eine große Anzahl eingehend untersuchter Fälle verfügt, hat bei uns vor allem die Frage nach Verbreitung, Erscheinungsweise und Ursache erörtert und angeregt. Ich möchte nicht vergessen, einen kurzen sehr treffenden Bericht über in der Niedermarsberger Anstalt beobachtete Fälle (von Dr. Herwig) noch besonders erwähnen.

Die folgende, zur leichteren Orientierung unter gewissen Gesichtspunkten zusammengestellte Darlegung versucht einen Überblick zu geben zur Orientierung über den Stand der Fragen des Krankheitsbildes.

Ätiologie, Anamnese: Man findet wiederholt folgende Punkte angegeben: die meisten Autoren haben ohne Erfolg nach Lues in der Ascendenz geforscht. Hierfür fehlen auch im Status der Kranken Anhaltspunkte. TAYLOR tritt ohne Begründung für Lues ein. WEYGANDT hebt mit Recht hervor, daß die Tatsache der so auffallend verschiedenen Häufigkeit des Vorkommens der Krankheit auf dem Kontinent gegenüber dem in England nach anderen ursächlichen Momenten zu forschen zwingt, da eine Verschiedenheit der Frequenz der Lues in den beiden genannten Regionen der Frequenz des Mongolismus nicht parallel geht. Lues ist in England kaum häufiger als in den kontinentalen Ländern, der Mongolismus aber sehr. Allgemein betont wird dagegen die Häufigkeit der tuberkulösen Belastung, namentlich hat TELFORD SMITH dies hervorgehoben, in der Tat mag ein größeres Material dafür Anhaltspunkte gewähren, ich kann nicht sagen, daß sie irgendwie häufiger ist, als das allgemein zutrifft. Ähnliches gilt für die psychische Belastung, es stammen manche Fälle aus stark belasteten Familien, bei anderen vermißt man wieder völlig solche Momente. Natürlich können nur sehr große Zahlen hierfür Material ergeben, es scheint mir aber aus diesen Gesichtspunkten nichts für den Mongolismus Charakteristisches, was ihn von anderen Idiotieformen unterschiede, hervorzugehen.

Ein anderes für den degenerativen Charakter der Erkrankung allerdings sehr wichtiges Moment liegt in der häufig konstatierten Tatsache, daß die Kranken oft die letzten Sprossen einer kinderreichen Familie sind, daß die Genitoren auch sonst weit im Alter fortgeschritten sind, oder in den Jahren auffallend weit auseinander liegen. Manche Autoren bestätigen dies ausdrücklich (MITCHELL u. a.), andere (NEUMANN, TAYLOR usw.) stellen es in Abrede. In fast der Hälfte meiner Fälle waren beide Eltern über 40 Jahre, in einem derselben der Vater 67, die Mutter 44 bei der Geburt; hier waren 6 Kinder vorhergegangen. Man kann zuweilen beobachten, daß die dem Fall nachgeborenen Kinder alle früh gestorben sind, einmal habe ich in der Familie eine sehr hohe Kindersterblichkeit überhaupt gesehen — das mongolische Kind war das einzig übrig gebliebene. Solche Momente würden alle für die De-

generation des Stammes sprechen. Aus kinderreichen Familien scheinen sie stets zu kommen; daß der Mongole das einzige Kind war, hat auch Mitchell unter 54 Fällen nicht gesehen. Verwandtenehen scheinen nicht sehr häufig zu sein, dagegen hat Mitchell schwächende Einflüsse zur Zeit der Gravidität öfters nachweisen können. Fraser und Mitchell haben diese Momente, welche ätiologisch für den degenerativen Charakter in Betracht kommen, in einer Liste für 54 Fälle zusammengestellt.

Uneheliche Kinder befinden sich wenig darunter, dies zeigt, daß die Verhältnisse der Pflege der ersten Lebensjahre in keiner Beziehung zur Ätiologie der Krankheit steht. Auch Frühgeburten und Anomalien des Partus sind ohne anamnestische Bedeutung. Aus Mitchell's Zusammenstellung der verschiedensten anamnestischen Faktoren geht soviel hervor, daß mit Ausnahme der obengenannten keinem eine entscheidende Bedeutung zukommt. Die späteren Erfahrungen haben dies bestätigt. Interessant ist die Beobachtung, daß in einem Fall der Mongole ein Zwillingskind war, das andere war nicht von der Krankheit betroffen. Ähnliche Erfahrungen bestehen für die familiäre amaurotische Idiotie. Unter 12 Kranken hatte Neumann 9 Mädchen, 3 Knaben.

Die Krankheit ist nicht familiär, es sind, soweit mir bekannt. bislang niemals mehrere Fälle in derselben Familie beobachtet worden.

Die Krankheit ist nicht endemisch. Die Fälle in Langenhagen sind aus ganz verschiedenen Teilen der Provinz Hannover, jeder aus einem anderem Orte, ohne Wahl für bestimmte geographische Eigenarten der Region. Dieses singuläre Vorkommen stimmt zwar mit allen anderen bisherigen Beobachtungen überein, doch geben Fraser und Mitchell an, daß die Krankheit im östlichen Schottland häufiger sei als im westlichen.

Häufigkeit: In England, so lautet die übereinstimmende Angabe aller Beobachter, liefert die Krankheit ein hervortretendes Kontingent der Idiotie. Mitchell u. a. geben 5 Proz. (berechnet auf die Gesamtzahl der Idiotiefälle) an, Ireland 3—4 Proz., Telford Smith hatte 19 Fälle unter 320 Anstaltsinsassen. Der Kontingent steht in allen Ländern (Weygandt) dagegen erheblich zurück. Nach der Frequenz der Langenhagener Anstalt würde sich die Häufigkeit von etwa 1 Proz. ergeben. Kowalevsky gibt für Rußland 10 Proz., Hjord für Dänemark 4 Proz. an.

Beginn: Die Krankheit ist angeboren. Die Kinder bringen die charakteristische Erscheinungsweise mit auf die Welt. Dies

ist von hervorragender Wichtigkeit, weil wir also dadurch eine Idiotieform vor uns haben, die wir schon unmittelbar bei der Geburt diagnostizieren können. Es muß den Eltern gegenüber von Wichtigkeit sein, schon zeitig auf das zu Erwartende hinweisen zu können, zumal wir die Prognose nach ihrer absolut schlechten Seite (Heilung), wie hinsichtlich relativer Besserung von vornherein ziemlich bestimmt formulieren können. Vor allem sind es folgende Symptome, die bei der Geburt auffallen:

1. die Andeutung der später noch auffallender werdenden Symptome der äußeren Erscheinung (Schlitzaugen usw.);
2. die abnorme Schlaffheit und Biegsamkeit der Gelenke, dazu
3. Abnormitäten der Größe, meist auffallende Kleinheit der neugeborenen Kinder, in seltenen Fällen Riesenwuchs, dazu Fettleibigkeit (Siegert).

Mitchell konnte mit Sicherheit in 33 von 54 Fällen die Krankheitssymptome von der Geburt an erweisen.

Krankheitssymptome (Fig. 1): Das Wesen der Krankheit bildet folgender Komplex von Symptomen:

1. das mongolische Äußere, verbunden mit
2. angeborenem Schwachsinn.

Normalsinnige Mongoloide sind bislang nicht beobachtet. Doch kann der Grad des Schwachsinns sehr verschieden sein. Wie Alt in der Diskussion zu meinem Vortrag in München hervorhob, hat er unter den aus dem Osten kommenden ländlichen Tagesarbeitern Fälle gesehen. Gewöhnlich aber besteht ein tiefer Grad von Idiotie. Es kommen dazu einige dem Krankheitsbild nie fehlende Erscheinungen, die in zweiter Linie stehen. Diese Begleitsymptome haben, soweit es sich um anatomische Momente handelt, großenteils den Charakter echter Entwicklungshemmungen. Es sind dies die oft zahlreichen Degenerationszeichen (Weygandt), Wachstumsanomalien, ferner auch andere Momente: Stimmveränderung, Stuhlverstopfung usw. Das genannte erste Symptom der Krankheit („Mongolismus") besteht darin, daß sie den Habitus des Menschen in charakteristischer Weise und zwar derart verändert, daß das Individualistische der Erscheinung verloren geht. Alle Kranken ähneln sich daher wie Geschwister, während der einzelne Kranke von seinen gesunden Geschwistern sich weit unterscheidet. Fast alle Beobachter geben an, daß die Eltern in der Anstalt ihr eigenes Kind von den anderen an derselben Krankheit leidenden gewöhnlich

nicht unterscheiden können. Wie weit dies geht, zeigt besonders eine Bemerkung bei Kassowitz. Letzterer hat in Wien Gelegenheit, Kranke verschiedener Rassen und Volksstämme zu sehen, er hebt hervor, daß die Kinder jeder Abstammung mit photographischer Ähnlichkeit übereinstimmen. Also auch diese Differenz wird durch die Krankheit nivelliert.



Fig. 1. Mongol. Idiotie. Knabe, 10 Jahre alt.

Es ist vor allem das Gesicht, welches die Charakteristik darbietet: die Lidspalten verlaufen schief, sie konvergieren nach unten zu. Sie sind abnorm klein, oft nur wenig geöffnet, haben schlitzförmige Gestalt. Oft liegt Epicanthus vor. In manchen Fällen sollen die Lidspalten teilweise verdeckt sein. Der Grad und die Intensität dieser Erscheinung ist sehr verschieden. Die Augen sind zuweilen prominent, sie drängen sich dann in die schlitzförmigen Lidspalten von hinten vor. Meist treten die Augen durch die Be-

schaffenheit der Lidspalten mehr zurück und erscheinen klein.[1]) Charakteristisch ist der starke Epicanthus (Brückner). Das Vordrängen der Augen hängt von einer abnormen Flachheit der Augenhöhlen ab.

Das Ohr zeigt oft umgeknickten oberen Rand, unentwickeltes Läppchen (meist angewachsen, Bourneville, Siegert). Auch die Wildermuth'sche Form kommt vor.

Die Jochbogen stehen zuweilen stark nach außen (Shuttleworth). Die Nase ist klein, nicht genügend prominent, an der Wurzel auffallend breit, so ergibt sich (flache Orbitae, breite flache Jochbogen) am Gesichtsschädel die Tendenz zum Ausgleich der Differenzen, der Tiefe. Es ist gewissermaßen eine Neigung am knöchernen Gesichtsteil da, alles nach einer Ebene hin zu drängen. Die Nasenbeine können fehlen (Fraser-Mitchell). Das mangelhafte Relief wird durch die rudimentäre Ausbildung der Weichteile befördert, besonders ist auch der nicht knöcherne Teil der Nase oft knopfartig mit nach vorn stehenden Nasenlöchern. Neumann hat ganz recht, wenn er sagt, es sei unmöglich, das Charakteristische des Gesichts auf photographischem Wege genügend wiederzugeben. Es entstehen in dem kontrastlosen Gesicht nur verschwommene Nuancen von Licht und Schatten. Dazu trägt die Dünnheit der Augenbrauen und das fast regelmäßige Fehlen der Wimpern (letzteres hat in einer sekundären Erscheinung, s. u., seinen Grund) nicht wenig bei.

Fast alle Mongolen haben guten Ernährungszustand. Ihre vollen Backen haben aber dabei etwas Aufgedunsenes, sind blaß mit fleckiger Röte (marmoriert, Neumann) oder häufiger, ebenso wie die Lippen, leicht cyanotisch. Lidränder und Lippenränder sind der Sitz einer fast nie total verschwindenden ekzematösen Entzündung.

Die etwas gedunsene Haut fühlt sich lockerer, weicher an als gesundes Integument. Es muß betont werden, daß die Haut oft an die gedunsene, schwammige Beschaffenheit der Myxödematösen erinnert, nie aber den Grad erreicht, den sie hier zeigt. Insbesondere fehlen den Mongoloiden (vgl. Kassowitz) die charakteristischen Anschwellungen und Faltenbildungen der Haut an Nacken, Gesicht und besonders den oberen Brustpartien, wie sie den Kretinen zukommen. Die Hautfarbe ist auch im ganzen blaß, oft mehr cyanotisch. Ichthyosisartige Zustände sind von Kassowitz gesehen worden. Auffallende Rauheit der Haut sieht man öfters, besonders hebt dies Neumann hervor.

---

[1]) Wie Metschnikow (zitiert nach Anton) angibt, zeigt das Mongolenauge die Persistenz des fötalen Zustandes.

Während die Behaarung des Kopfes zwar meist ohne Auffälligkeiten ist, findet sich zuweilen im Gesicht, besonders am Kinn, der Stirn und den Wangen, dann auch im Nacken und über dem ganzen Rücken eine lanugoartige Bedeckung von kleinen flaumartigen Wollhärchen. Dies wird auch von Ireland erwähnt. Der Mund ist fast stets offen, es besteht keine Salivation.

Ein sehr charakteristisches Gepräge hat die Zunge: Sie ist massig, aber eine eigentliche Vergrößerung scheint zu fehlen. Die Zunge wird vorgestreckt und tritt zwischen den meist halboffenen Zahnreihen hervor. Es ist nicht richtig, daß diese Erscheinung sich nach dem dritten oder vierten Lebensjahre verliert. Sie war in meinen Fällen auch bei dem 16jährigen männlichen Individuum, vorhanden. Die Oberfläche der Zunge ist rauh und uneben, zeigt tiefe, transversale, rißartige Furchen. Nach Ireland kommt der eigenartige Typus zustande durch zwei Momente: Einmal fehlen in

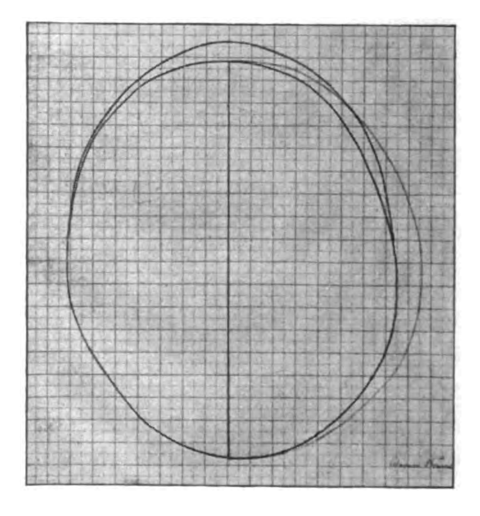


Fig. 2a. Schädeldiagramm, Knabe, 11 Jahre alt.
Hu = 48, LB = 90,1.

einer bestimmten Linie die Papillae fungiformes, die vorhandenen zeigen zum Teil ein verstärktes Wachstum. So entsteht eine Furche, die sich mehr und mehr vertieft, bei kleinen Kindern noch nicht zu sehen ist, aber mit den Jahren sehr deutlich wird. Auch die einzelnen Papillen zeigen Eigentümlichkeiten: ihre sonst zentrale Vertiefung steht oft am Rande und ist bei manchen Papillen mit der Lupe in mehrere kleine Vertiefungen aufzulösen. Demnach

würde also ein atypisches Wachstum der Zungenpapillen nach Lage, Zahl und Form das bestimmende Moment sein. IRELAND hat denselben Zungentypus bei der Mutter eines Mongoloiden gefunden, behauptet aber ähnliches auch bei anderen Idiotieformen gesehen zu haben. Das Zungenbild ähnelt zuweilen der als Lingua scrotalis von den Dermatologen bezeichneten Form. Diese soll familiär sein, was im Zusammenhang mit IRELAND's Mitteilung von Interesse ist.

Schädel (Fig. 2): Der Schädel zeigt eine retardierte Verknöcherung. Nähte und Fontanellen klaffen lange Zeit weit, im Bereich der Occipital- und Sagittalnaht sind im ersten Lebensjahre oft noch große Knochendefekte vorhanden. FRASER's Fall hatte im vierzigsten Jahr noch offene Nähte. Erwähnt wird ferner: keine Sphenobasilar-

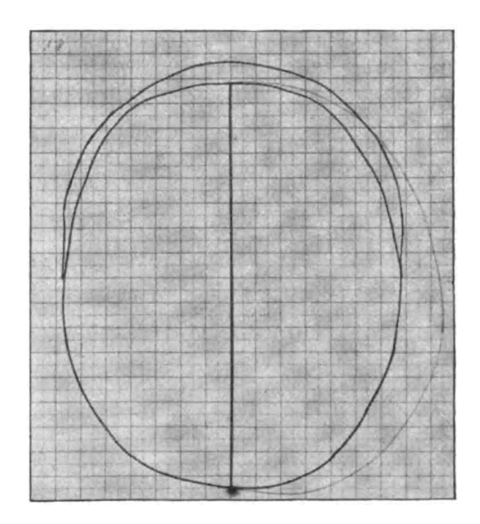


Fig. 2b. Schädeldiagramm, Knabe, 16 Jahre alt.
Hu = 47, LB = 86,6.

synchondrose (FRASER), Fehlen der Nasalbeine (FRASER). Die knochenfreien Partien sind mit scharfem Rand gegen den Knochen abgesetzt, wichtig als Unterschied gegen die rhachitischen Defekte, wo der Übergang ein allmählicher ist (KASSOWITZ). Die Nahtdefekte bei den Mongolen schließen sich meist im Laufe der ersten Lebensjahre ohne besondere Therapie.

Ein Symptom aller Mongoloidenschädel ist eine ausgesprochene meist ziemlich erhebliche Brachycephalie. Der Längenbreitenindex beträgt normaliter 75—79,9. Der Längenbreitenindex in den von

mir gemessenen mongoloiden Fällen beträgt zwischen 84,9 und 90,6, die meisten Fälle über 86; sie gehören also fast alle in die Klasse der hochgradigen Brachycephalen, was auch durch Sektionsergebnisse (Bourneville) bestätigt ist. Nach der internationalen Bezeichnung der Schädelindices [1]) rechnet die Hyperbrachycephalie von 85,0 bis 89,9, die Ultrabrachycephalie von 90,0—94,9, die extreme Brachycephalie darüber. Meine Befunde sind aber noch weit weniger extrem als andere in derselben Richtung, Bourneville's Fall hat einen Längenbreitenindex von 100,0 (Zirkumferenz 46, 7jähriges Mädchen). Die Bemerkung von Shuttleworth, daß Frontal- und Occipitalfläche beim Mongolen die Neigung haben, sich auffallend parallel einzustellen, kann ich nach den von mir aufgenommenen kraniometrischen Kurven bestätigen. Außer diesem Moment, das mit der Brachycephalie zusammenhängt, ist mir aufgefallen, daß die Schädel oft asymmetrisch gebaut sind. Die für die Beurteilung der Hirnentwicklung (und der Intelligenz) nicht unwichtige Schädelhöhe ist bei allen Mongolen, die ich gemessen habe, unter der Norm. Da nach Kellner [2]) 31 Proz. aller Idioten eine zu geringe Höhe zeigen, so gehören die Mongolen in diesem Punkte der Hirn- und Schädelentwicklung zu den tiefer stehenden Formen. Die höchste Schädelhöhe, die ich maß, waren 8,9 (10jähriges Mädchen). Die meisten bewegten sich zwischen 8,0 und 8,5. Die Schädel stehen ferner großenteils an der Grenze der Mikrocephalie oder gehören zu dieser selbst, so daß man richtig von einer Mikrobrachycephalie reden müßte.

Tabelle I.

Schädelmaße einiger Fälle eigener Beobachtung.

Alter, Geschlecht	Umfang	Ohrbogen	Fronto-occipital	biparietal	**Längenbreitenindex**
M. 7	46,0	24,0	15,0	13,0	86,6
M. $6^1/_2$	50,0	28,0	16,5	14,0	84,9
M. 7	47,0	28,0	15,0	13,5	90,0
M. 12	48,0	26,0	16,5	14,0	83,9
M. 16	47,0	26,0	15,0	13,0	86,6
W. 7	48,0	28,0	15,5	14,5	90,6
W. 9	48,5	27,5	15,5	14,0	90,3

[1]) Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. 17. 1886.

[2]) Kellner, Über Kopfmaße der Idioten. Allg. Zeitschr. f. Psych. 58, 1901, S. 868.

Auch die Fälle der Literatur sind, soweit Maße angegeben, von ähnlicher Art. SHUTTLEWORTH's Fall zeigt 49,5, BOURNEVILLE's Fälle 46 bzw. 48 cm, ein Fall von THOMSEN (bei IRELAND) 42 cm, FRASER's Fall 48 cm. MITCHELL maß bei den erwachsenen männlichen Patienten im Mittel 51 cm, bei den weiblichen 49 cm. SHUTTLEWORTH hat, allerdings nur unter Hervorhebung der Brachycephalie, den Schädeltypus der Mongoloiden als einen besonderen Typus der idiotischen Schädelbildungen aufgestellt. In der Tat wiederholt sich die ausgesprochene Neigung zur Brachycephalie in allen Fällen mit einer an das Gesetzmäßige grenzenden Übereinstimmung. Zur Charakterisierung der Schädelverhältnisse gehören also drei Momente: Brachycephalie bei sehr geringer Höhe und meist geringem Horizontalumfang. Ein Fall meiner Beobachtung, der auch sonst nicht voll ausgebildet war (s. o.), maß 57 cm, es handelte sich um einen 13jährigen Knaben.

Skelett (Fig. 3): Eigenartig für das Mongolenskelett ist seine Derbheit, seine gedrungene, in die Breite gehende Gestalt. Vergleicht man Röntgenbilder der Extremitäten von Mongoloiden mit normalen Bildern, so zeigen gleichaltrige Normale viel schmälere grazilere Knochen. Die eigenartig plumpe Gestalt der Hände und Füße der Mongoloiden ist ja allen Beobachtern aufgefallen und schon in den älteren Beschreibungen zu finden. Das Röntgenbild zeigt, daß diese plumpe und gedrungene Gestalt im wesentlichen durch die Skelettverhältnisse bestimmt wird.



Fig. 3.
Hände eines Falles von mongol. Idiotie. Knabe, 9 Jahre alt. Plumpheit der Finger. Schwimmhaut. Daumenverbildung.

Ossifikation (Figg. 4, 5, 6): Eine wichtige Frage ist die nach der Ossifikation. Während WEYGANDT, ebenso wie FUCHS zweifellos richtig bemerkt, daß die Ossifikation der Mongoloiden verzögert sein kann, sagen andere (KASSOWITZ, NEUMANN usw.) auf das Bestimmteste aus, ein differentialdiagnostisches Moment des Mongolismus liege gerade in der rechtzeitigen Ossifikation. Schon die Tatsache, daß der

Mongolismus zahlreiche Anzeichen für eine Hemmung der Entwicklung darbietet, müssen zur Vorsicht mahnen. Es scheint nicht zweifelhaft, daß neben Fällen mit normalzeitiger Verknöcherung Mongoloide mit retardierter Ossifikation vorkommen. Ich verfüge über einen Fall, der — frei von rhachitischen Symptomen (Fig. 4) — im 9. Jahr in der Handwurzel Knochenkerne im Os hamatum, capitatum, lunatum und triquetrum zeigt, die übrigen fehlen, desgleichen fehlt der Ulnaepiphysenkern. Der Fall zeigt außerdem fehlende Epiphysenkerne in den distalsten Phalangen; also eine

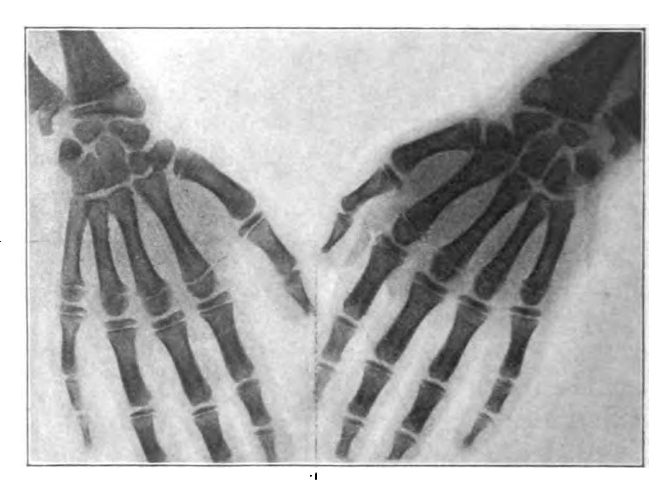


Fig. 4.[1]) Röntgenbild. Hände. Mongol. Idiotie. Knabe 11 Jahre alt. Normale Verknöcherung.

zweifellos retardierte Verknöcherung (vgl. Wilms)[2]). Die auch in der Norm sehr variable Reihenfolge der Ossifikation scheint in der Handwurzel dabei eingehalten zu sein. Noch merkwürdiger ist der Befund des Fußes (Fig. 5); hier zeigt sich ein mangelhafter Ossifikationsprozeß der Phalanxepiphysen, die mit Knochenkernen nur zum Teil ausgestattet sind. Ferner ist das naviculare Pedis nur als kleiner Kern vorhanden. Andere Fälle haben keine Defekte in dieser Beziehung (Fig. 6). (Normale Zeit der Verknöcherung vgl. Wilms und Sieck)[2]).

[1]) Die Röntgenbilder sind von Herrn Dr. Foersterling, I. Assist.-Arzt am Krankenhause I in Hannover aufgenommen. Für das mir erwiesene wertvolle Entgegenkommen sage ich auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

[2]) Wilms und Sieck, Die Entwicklung der Knochen der Extremi-

Auf ein sehr interessantes von Siegert entdecktes Verhalten muß besonders hingewiesen werdeu, es besteht darin, daß neben verzögerter eine vorzeitige Ossifikation besonders in Hand und Fuß, Unterarm und Unterschenkel statthat. Es scheint namentlich in den frühen Kinderjahren nachweisbar zu sein. Offenbar haben wir hier eine qualitative Veränderung der Knochenbildung vor uns.

Außer der verzögerten und qualitativ veränderten Knochenbildung zeigt das Extremitätenskelett Veränderungen, die auf par-

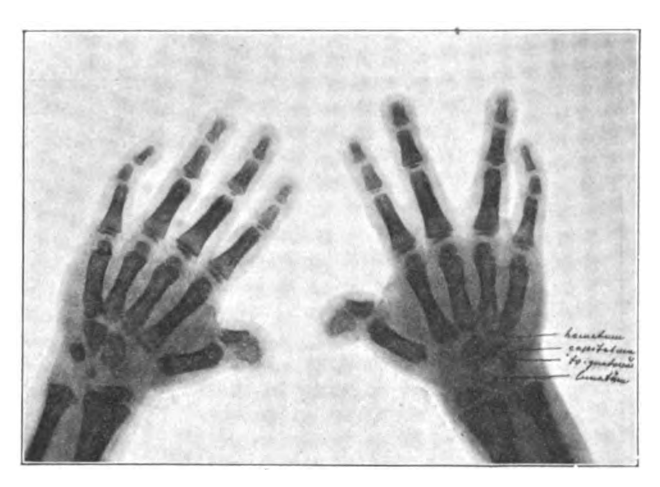


Fig. 5. Röntgenbild der Hände (Fig. 3). Mong. Idiotie. Knabe, 9 Jahre alt. Die Knochenkerne des Os multang. majus und minus, naviculare und pisiforme fehlen total, die des Os lunat. und triquetrum sind nur angelegt. Ziemlich weit verknöchert sind nur hamatum und capitatum. Verbildung der 1. Phalanx des Daumens.

tielle Defekte und Verkümmerungen zurückzuführen sind. Äußerlich handelt es sich um eine Verbiegung, die besonders am kleinen Finger häufig vorzukommen scheint, ich habe sie in ähnlicher Weise in einem Fall am Daumen gesehen, das Röntgenbild zeigt, daß es sich um eine Verkümmerung der zweiten Phalanx des Daumens handelt, welche zu einem dreieckigen Keil deformiert ist. Ähnliche Befunde sieht man in Begleitung von Entwicklungsdefekten an den Extremitäten zuweilen, z. B. sah ich eine fast übereinstimmende Daumenverbildung in einem Fall von Syndaktylie des zweiten bis fünften Fingers (cf. Fig. 3).

täten von der Geburt bis zum vollendeten Wachstum. Atlas und Arch. der norm. und path. Anat. in Röntgenbildern. Bd. 9.

G e l e n k e: In manchen, keineswegs in allen Fällen sieht man eine enorme Schlaffheit und Biegsamkeit der Gelenke, welche zuweilen gestattet, die Streckseiten der Finger mit der Handrückseite in Berührung zu bringen ohne jede objektive Störung und ohne Schmerz für den Kranken. Die Gelenkschlaffheit, die in der ersten Lebenszeit besonders hervortritt, verliert sich meist in den ersten Jahren (Fenell).

D e n t i t i o n: Folgendes sei vorausgeschickt: Die Zahnbildung ist eine im Laufe der Entwicklung sich äußerst langsam und stetig



Fig. 6. Röntgenbild. L. Fuß eines Falles von mong. Idiot., Knabe, 8 Jahre alt. Das Naviculare pedis ist nur als kleiner Knochenkern vorhanden.

vollziehender Prozeß, am Gebiß vollziehen sich auch noch lange Jahre über die Geburt hinaus bildnerische und evolutive Vorgänge. Die Entwicklung und das Wachstum der Zähne ist daher für das Studium aller Entwicklungsdefekte eine wertvolle Handhabe, und es zeigt sich in der Tat, daß die Idioten, deren Erkrankung ja stets in eine der Perioden der Entwicklung fällt, gerade im Zustande des Gebisses einen hohen Prozentsatz von Anomalien darbieten. So hat Sollier [1]) gezeigt, daß bei den Idioten überhaupt die erste Dentition in 25 Proz., die zweite in 36 Proz. zu spät eintritt.

[1]) Sollier, De l'état chez les enfants idiots et arriérés. Bourneville's Récherches VIII, 1888, p. 227.

Die Anomalien in der Ausbildung des Gebisses sind höchst bemerkenswert und zahlreich, es besaßen Defekte in der Ausbildung des Gebisses 11 Proz., abnorme Zahnformen 53 Proz., abnormen Sitz oder Stellung der Zähne 34 bzw. 80 Proz. Bei diesen Zahlen nimmt es nicht wunder, daß eine Form des Idiotismus, bei dem Entwicklungsdefekte so häufig sind, wie beim Mongolismus, gerade auch in der Ausbildung des Gebisses viele Anomalien darbietet. Neumann bezeichnet die Reihenfolge als besonders irregulär. Unter 10 Fällen war, wie ich sah, viermal die erste Dentition zu spät eingetreten, in einem Fall waren am Ende des 2. Jahres erst einige wenige Zähne vorhanden, die Dentition hat bis ins 3. Jahr gedauert. Auch Kassowitz berichtet, daß er bei 16-, 18- und 21 monatigen Kindern völlig zahnlose Kiefer gesehen hat. Desgleichen ist die Reihenfolge im Durchbruch der Zähne eine sehr irreguläre gewesen. Besonders hebt auch Weygandt die Anomalien der Dentition bei den Mongoloiden hervor. Was die zweite Dentition anbelangt, so ist eine Neigung zur Verzögerung hier weniger deutlich. Es kommt aber in Betracht, daß auch die Milchzähne (ebenso wie die bleibenden) schlecht sind und sehr zur Karies neigen, daher ihre Zeit nicht leicht überdauern, der Nachschub setzt scheinbar auch zeitig ein. In der Ausbildung des bleibenden Gebisses bestehen deutliche Anomalien, zunächst Defektbildungen, besonders gerne scheint dies die oberen Schneidezähne zu betreffen, ich habe mehrmals im Oberkiefer die lateralen Incisivi fehlen sehen. Noch häufiger sind Anomalien des Sitzes und der Stellung der Zähne, ich habe in dieser Beziehung bei keinem einzigen Fall ein reguläres Verhalten konstatieren können, Schrägstellung der Zähne, Sitz einzelner Zähne hinter der Zahnreihe kommt oft vor, auch passen die Arkaden der Zähne nicht exakt aufeinander, ein Fall bot ein an die Arcades elliptiques von Bourneville und Sollier (s. o.) erinnerndes Bild. Von abnormer Kleinheit einzelner Zähne abgesehen, sind mir hinsichtlich der pathologischen Zahnform Kerbzähne in einem Falle aufgefallen.

Längenwachstum: Ein großer Teil der Mongoloiden zeichnet sich durch ein geringes Längenwachstum aus. Von manchen Autoren wird dies auch betont, und es trifft dies in der Tat zu, obwohl die Größenverringerung keine in dem Grade charakteristische ist, wie bei Myxödem. Vergleicht man die Größe der Myxödematösen mit der normalen Größe desselben Alters, so ergibt sich eine ganz er-

hebliche Differenz, während die Größe der Mongoloiden nur um sehr viel weniger, wenn auch immer noch erheblich genug hinter der Norm zurücksteht. Daneben sind namentlich in früherem Kindesalter Fälle von übernormaler Größe konstatiert (Siegert), es handelt sich also nicht stets um ein Zurückbleiben, sondern um qualitative Differenzen des Wachstums (vgl. auch Ossifikation). Es ergibt sich also, daß die Mongolen unserer Beobachtung, verglichen mit den von Kind [1]) gefundenen Zahlen für Größe und Längenwachstum der Idioten in Hannover, ungefähr diesen Mittelzahlen entsprechende Länge zeigen. Bourneville's Zahlen zeigen für sechs von elf Fällen weniger als 10 cm, für fünf mehr als 10 cm Größendifferenz unter der Norm, nähern sich also in einem Teil der Fälle sicher dem durchschnittlichen idiotischen Maß. Dasselbe gilt von den Zahlen von Fraser und Mitchell, die folgendes angeben: Sieben erwachsene männliche Mongoloiden hatten eine Länge von 125 bis 159 cm, Mittel 140, die weiblichen 122,5—152,5 cm, Mittel 132,5. Auch die Abbildung von 19 Mongoloiden, welche Telford Smith gibt, sowie zwei Fälle bei Ireland zeigen durchaus kein in die Augen fallendes Zwergwachstum. Dies betont auch Kassowitz mit Recht, der in der Regel um 5—10 cm Differenz gegen die Norm fand. Bedenkt man, daß die von Kind gefundene Durchschnittszahl der idiotischen Körperlänge im allgemeinen eine Differenz von 10 cm gegen die Norm ergibt, so gelangt man auch für die Kassowitz'schen Beobachtungen zu einer Zahl, welche sich von dem idiotischen Mittel kaum wesentlich unterscheidet (vgl. unten Tabelle 2).

Innere Organe: In dem Verhalten der inneren Organe beansprucht in erster Linie das Herz unser Interesse. Es zeigt nicht selten objektive klinisch nachweisbare Veränderungen, so hat Garrod in sieben Fällen ein Zusammentreffen des mongoloiden Habitus, der Idiotie und kardialer Anomalien beobachtet. In der Diskussion zu dem Vortrage Garrod's hat Shuterland von drei gleichen Fällen aus seiner eigenen Beobachtung berichtet. Neumann sah unter 13 Fällen zwei, Kassowitz unter 75 Fällen zwei einschlägige. In England, wo die Krankheit überhaupt häufiger ist, wird offenbar die Herzanomalie auch öfter gesehen.

Wichtig ist, daß es sich um angeborene Herzfehler handelt, dies deutet schon darauf hin, daß Entwicklungsfehler des Herzens

[1]) Kind, Über das Längenwachstum der Idioten. Arch. f. Psych. 6. Sep.-Abdr.

in Betracht kommen. In einem von SHUTERLAND obduzierten Fall bestand ein Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli, in einem anderen offenes Herzseptum, ein Fall aus Niedermarsberg zeigte diese beiden Anomalien nebeneinander, es waren also echte Entwicklungshemmungen des Herzens. Ein bei IRELAND erwähnter Fall bot intra vitam ein systolisches Herzgeräusch, die Sektion ergab Trikuspidalinsuffizienz durch intrauterine Endokarditis. Jedenfalls sind Herzensanomalien — dies scheint aus der Gesamtbetrachtung aller bisherigen Beobachtungen hervorzugehen — bei den Mongolen von relativer Häufigkeit. Sie sind hier jedenfalls häufiger als bei den Idioten überhaupt, wo es mir gerade aufgefallen ist, daß bei der Menge sonstiger Zeichen gehemmter Entwicklung angeborene Herzanomalien sehr selten vorkommen. Außer objektiv nachweiskaren Veränderungen am Herzen treten häufig funktionelle Herzanomalien hervor, labiler Puls, Zeichen von mangelhafter, leicht erregbarer Herzaktion, unreine Töne (besonders der erste Ton) ohne eigentliches Geräusch. Letzteres ist mir bei den Mongoloiden sehr häufig aufgefallen. Gehen doch auch die Momente, welche die allgemeine körperliche Indisposition ausmachen (Ernährungsstörungen der Haut, Frostbeulen usw.), z. T. im letzten Grunde auf Störungen der Zirkulation zurück. Das Blut zeigt oft verminderten Hämoglobingehalt (KASSOWITZ).

Die Geschlechtsorgane sind oft mangelhaft entwickelt, teils liegen echte Hemmungsbildungen (z. B. Hypospadie), teils auffallende Kleinheit vor. Auch Kryptorchie ist nicht selten. Die Menses treten oft spät auf, und MITCHELL, der mongoloide Frauen wiederholt gesehen hat, erwähnt, daß er stets Sterilität gefunden habe. Von den wenigen bei Erwachsenen näher beobachteten Fällen hat KASSOWITZ ein Mädchen (16jährig) gesehen, das regelmäßig menstruiert war, BOURNEVILLE's Patientin zeigte erhebliche Irregularität. Die Mammae waren bei allen spärlich entwickelt. Vor allem ist auch die mangelhafte Entwicklung der Scham- und Achselhaare von Interesse, auch hier hat MITCHELL Beobachtungen in größerer Zahl zu verzeichnen.

Die Körpertemperatur der Mongoloiden soll nach verschiedenen Angaben eine deutliche Herabsetzung zeigen, besonders tritt BOURNEVILLE [1]) dafür ein, er stellt fest, daß die Verminderung vorhanden sei (die angegebenen Messungen von 8 Fällen schwanken zwischen 36,2 und 37,3, Rektaltemperatur?), daß aber die Herabsetzung nicht

[1]) Auch MUIR und HERRMANN (zit. nach SIEGERT) treten, ebenso wie SIEGERT für Temperaturherabsetzung ein.

so hochgradig wie beim Myxödem zutage trete. Andere, z. B. Kassowitz, heben gerade hervor, daß die Körperwärme keine Veränderung zeige. Ich habe keine wesentlichen Unterschiede gegenüber normaler Temperatur finden können.

Neuropathologie: Es sind keinerlei Erscheinungen nachweisbar, welche auf eine umschriebene Läsion des Zentralorgans hinweisen. Die Hirnnervenfunktion ist ohne Besonderheit, Gehör und Gesicht gut, der Geschmack stumpf, aber ohne charakteristische Beeinträchtigung der Qualitäten. Die Pupillen sind ohne Besonderheit, ich habe in allen Fällen normale Reaktion auf Licht und Akkomodation gesehen. Ebenso sind Lid- und Gaumenreflex intakt. Die V-Punkte pflegen nicht besonders reizbar zu sein. Tremorerscheinungen, Ataxie und Intentionstremor fehlen in meinen Fällen. Kniereflex, Plantarreflex waren etwas erhöht, Fußclonus fehlt. Der allgemeine Tonus vielleicht etwas verringert. Sensibilität stumpf, aber vorhanden. Schmerzsinn und Ortsinn deutlich ausgeprägt, Lagegefühl, soweit nachweisbar, erhalten. Feinere Qualitäten sind kaum festzustellen. Dies ist im wesentlichen das Resumé aus zehn von mir untersuchten Fällen, die ich Gelegenheit hatte, länger in der Anstalt zu beobachten. Den gleichen Befund erhoben die meisten anderen Beobachter. Dagegen sind Mitteilungen von Degenkolb zu erwähnen, der Beziehungen des Mongolismus zur Friedrich'schen Krankheit durch Studium an seinen Fällen wahrgenommen hat. Die Angabe Fenell's, daß von 21 Fällen fünf fehlende Reflexe darboten (9 lebhafte, 6 „normale"), halte ich sehr für der Bestätigung bedürftig. Ebenso unsicher erscheint mir die Angabe von Jonas, nach der manche Fälle an Epilepsie litten.

Motilität, Entwicklung derselben: Hinsichtlich der Motilität ist zunächst in betreff der Entwicklung der willkürlichen Muskulatur, oder wohl richtiger hinsichtlich ihrer Funktion folgendes zu konstatieren. Die Motilität entwickelt sich außerordentlich langsam, es gehört diese Erscheinung zu den hervorstechendsten Merkmalen der Entwicklungs- und Wachstumszeit. Wir haben darüber heutzutage ein ziemlich vollständiges Bild, da die Wahrnehmungen der einzelnen Beobachter (Fälle in der ersten Lebenszeit, spätere ambulante Beobachtung und Anstaltsfälle) sich gut gegenseitig ergänzen. Neumann und Kassowitz betonen, daß die Kinder spät laufen lernen. Wie die allgemeine körperliche und geistige Entwicklung, so bleiben auch die motorischen Funktionen zurück. Neumann spricht daher von einer verspäteten Entwicklung der willkür-

lichen Muskulatur. Man kann bei dem Mangel organischer Befunde (keine Lähmung, Atrophie usw.) dann nur eine verlangsamte Entwicklung konstatieren und es scheint aus den Wahrnehmungen der Boobachter hervorzugehen, daß die fehlende Gehfähigkeit zum Teil auch im Zurückbleiben der geistigen Qualitäten ihren Grund hat, daher auch mit deren Zunahme allmählich sich einstellt. Die Kinder können (Kassowitz) auch oft im zweiten Jahre ihren Kopf noch nicht balancieren. Meist lernen sie im zweiten Jahre nach und nach sitzen, im dritten gehen.

Zweifellos spielt aber der bei der Affektion bis jetzt noch wenig studierte Zustand der Muskulatur eine besondere Rolle. Die Weichheit der Muskeln (Degenkolb) ist sehr auffallend. Vielleicht handelt es sich dabei um ein primäres autochthones Krankheitsmoment.

Die motorischen Eigenschaften als solche zeigen oft nur eine mangelhafte funktionelle Ausbildung, wobei es eben bisher feststeht, daß die Untersuchung eine funktionelle, also meist quantitative Defekte ergibt. Mehreren Beobachtern, vor allem Bourneville ist es aufgefallen, daß die Kinder wohl nach und nach gehen lernen, aber nicht oder nur unvollkommen laufen, Treppen steigen usw. (cf. auch Suttleworth). Auch die Fertigkeiten, welche sie mit den Händen erlernen, zeigen, daß grobe Bewegungen im allgemeinen ihnen nicht schwer fallen, daß aber jede Leistung, die die feinere Klaviatur der Bewegungsskala erfordert, auf Hindernisse stößt oder dauernd unmöglich ist. Dies zeigt schon an, daß es sich um eine zentrale Herabsetzung der Motilität (Hirnrindenfunktion) handelt und es erinnert die hier in ihren leichteren Graden auftretende Erscheinung an die bei Individuen mit mangelnder Hirnentwicklung (Mikrocephalen) oft zu konstatierende Tatsache, daß die groben Gemeinschaftsbewegungen (in Arm-, Ellenbogen-, Hüftusw. Gelenk) vorhanden ist, die Fingerleistung aber dauernd fehlt. Andererseits läßt die Erscheinung eine völlige Trennung des auch durch die Psyche bedingten Anteils von der reinen zur Muskelfunktion gehörigen Leistung nicht zu. Dies macht sich besonders im Gebiet der Sprache geltend.

Sprache, Stimme, Schrift: Die Sprache ist meist sehr einfach und auf den untersten Stufen der Entwicklung. Ich habe nur einen Fall selbst gesehen, der mehr als ein paar ganz einfache Worte sprach. Die Sprache ist auch dann meist ganz einsilbig, oft nur aus ein paar oft wiederholten kurzen und bei jeder Gelegenheit hervorgestoßenen Worten bestehend. Die Artikulation ist sehr

häufig mangelhaft. In einem Fall sah ich deutliche aggramatische Störungen bei sonst relativ gut entwickelter, aber schwer verständlicher Sprache. Dazu kommt eine rauhe, gutturale, besonders bei weiblichen Kranken (da hier die Stimme einen männlichen Timbre zu haben scheint) auffallende Klangfarbe. Die Zischlaute fallen den Kranken fast stets schwer (Jones), haben sie gar keine Worte, so grunzen und schnarchen sie in Kehllauten und rauhen harten Tönen. Man sieht, daß in den sprachlichen Äußerungen phonetische, motorische und kortikale Defekte sich durchflechten, eine Analyse ist sehr schwer. Die Schrift der Kranken kann wohl nur ausnahmsweise Gegenstand der Betrachtung sein, ich sah wohl einzelne Fälle mit der Fähigkeit imitativ einfache Schriftzeichen, wie i und n zu schreiben, eine nennenswerte Entwicklung der Schrift habe ich nicht gesehen (Anstaltsfälle).

Psyche: In psychologischer Beziehung war nach den ersten Beobachtungen geäußert worden (Fraser-Mitchell u. a., besonders englische Autoren nach ihnen), daß in der mongoloiden Idiotie ein charakteristisches, in sich eigenartiges Krankheitsbild vorliege. Spätere eingehende Beobachtungen haben allerdings gezeigt, daß von einem charakteristischen, psychischen Symptomenkomplex bei der mongoloiden Idiotie nicht die Rede sein kann, daß die einzelnen Fälle aber ohne Zweifel gemeinsame Züge bei sonst sehr differenter Form aufweisen. Es ist hier vor allem an die Darstellung von Weygandt zu erinnern, in der man ein zusammenfassendes, treffendes Urteil über diese Angelegenheit findet, dann an die Angaben von Shuttleworth, Bourneville usw. Namentlich möchte ich aber auf eine ausgezeichnete Schilderung des Gebahrens der Kranken von Herwig hinweisen. In intellektueller Beziehung stehen die Kranken meist an der Grenze von Idiotie und Imbezillität, es gibt in der Tat aber alle Grade vom tiefsten Blödsinn bis zur Imbezillität bildungsfähigeren Grades. Erstere Fälle sind in der Tat aber sehr viel häufiger. Nach der Qualität ist der torpide und der erothische Stumpfsinn zu beobachten, nach Siegert oft an demselben Individuum in der Weise, daß die in den ersten Jahren vorhandene hochgradige Apathie später einem unruhigen Wesen Platz macht. Ein eigentümlicher Wechsel ohne Periodizität und Schwankungen im psychischen Bild ist auch später noch oft an den Kranken zu bemerken. Eigentümlich ist die Neigung der Kranken zur Imitation, worin sie (Shuttleworth) zuweilen im Abzeichnen und Nachmalen von Buchstaben auch eine gewisse Fertigkeit erlangen. Diese

Neigung zeigt sich auch in anderen Dingen, sie ahmen zuweilen Bewegungen und Stellungen anderer nach und werden dadurch, wie durch die Neigung zum Grimassieren zuweilen die Spaßmacher auf der Abteilung (siehe Herwig). Grimassieren ist in der Tat sehr oft zu sehen, es steigert sich nicht selten in der Erregung und wird bei Freude oder Schmerz so lebhaft und intensiv, daß ganz paradoxe Gesichtsverzerrungen hervortreten können. Häufig genannt wird (Fenell, Bourneville usw.) lebhaftes Interesse und eine gewisse Veranlagung für Musik, namentlich für den Rhythmus derselben, sie tanzen gern und oft ganz geschickt nach dem Takte. Die imitativen Eigenschaften und die dabei hervortretende Lebhaftigkeit steht im Gegensatz zu dem fast totalen Mangel an Spontaneität, die Munterkeit der Kranken zu der auffallend häufigen Tatsache, daß sie ungesellig sind. Natürlich tritt die Agilität bei den erethischen Kranken besonders hervor. Durch ihre Lebhaftigkeit täuschen sie nicht selten vor, daß sie höher stehen als die torpiden Kranken, man sieht aber bald, daß es bei ihnen von der motorischen Unruhe abgesehen, nur eine leichte Lenkbarkeit der Aufmerksamkeit, rasches Perzipieren bei völligem Mangel des Haftenbleibens der äußeren Eindrücke, Fehlen der Merkfähigkeit, geringer Tiefe der Wahrnehmung ist. Eine Eigenart des Krankheitsbildes, die aber mehr im Verlauf hervortritt, besteht in dem frühzeitigen Versagen der geistigen Entwicklung. Die erzieherischen Erfolge in der Vorschule z. B. sind oft in der ersten Zeit gut, die Prognose ist trotzdem schlecht. Nach anfänglichen, zuweilen ganz leidlichen Fortschritten setzt früher oder später ein Stillstand ein. Der Fond der geistigen Entwicklung ist erschöpft und die Kranken sind in keiner Weise weiter zu bringen. Dieser Verlauf ist sehr charakteristisch für einen aprioristischen Defekt der Hirnausbildung, besonders, wenn er sich wie hier in den Fällen stets wiederholt. Der schließliche Erfolg der Ausbildung ist demgemäß ein recht mäßiger. Schulkenntnisse erwerben sie nur sehr wenig oder gar nicht, sie lernen im Praktischen einige einfache Dinge verrichten, leisten aber auch hier meist nicht viel. Fenell hatte unter 21 Fällen nur einen, der im häuslichen Betrieb brauchbare Dienstleistungen verrichtete.

Formes frustes: Es gibt ohne Zweifel Fälle, welche keine volltypische Ausbildung zeigen. Dies kann nach verschiedenen Richtungen der Fall sein. Die Tatsache, daß nicht alle Fälle den vollen Typus zeigen, ist verschiedenen Beobachtern aufgefallen

(Shuttleworth, Andriezew's Diskussionsbemerkung bei Fenell). Letzterer spricht von geringer gradiger Imbezillität bei körperlich vollwertigem Typus, ähnliche Fälle und sogar solche von noch mehr der Norm sich nähernden Psyche bei mongoloidem Körperhabitus erwähnte Alt gleichfalls in einer Diskussion. Ein Fall, der den Formes frustes in psychischer Beziehung nahesteht, ist wohl auch der von Bourneville und Boyer. Shuttleworth sah die Formes frustes nach der anderen Seite: idiotischer Status bei verschiedengradiger Höhe der körperlichen Stigmata. Einen solchen Fall kann ich selbst anführen. Er betrifft einen 10jährigen idiotischen Knaben, der alle Symptome nur unvollkommen darbietet, dabei mesocephalen Schädel (Hu = 54) hat, Gesichtstypus mit der Andeutung aller Symptome behaftet, aber von geringer Intensität. Die Formes frustes sind für die Krankheit interessant und belehrend, für die Forschung nach deren Natur vielleicht noch einmal von Wert, sie erinnern an eine ähnliche Erscheinung beim Kretinismus, an die von Weygandt [1]) erst hervorgehobenen Fälle von verschiedenartiger geringer Ausbildung der Symptome des Bildes, bald bestehend in Struma ohne Schwachsinn, bald umgekehrt.

Verlauf: Die Gesamterscheinung verschiebt sich mit den Jahren in kaum merklicher Weise; sie zeigt keine ausgesprochene Neigung zur Progression, vielmehr bleiben die ab origine bestehenden Symptome des Habitus im wesentlichen dauernd dieselben. Sie sind aber, wie man allerdings wohl nur bei dauernder Anstaltsbeobachtung wahrnehmen kann, Schwankungen unterworfen. Es ist hier nur von Schwankungen, die nicht unter dem Einfluß der Therapie zustande kommen, die Rede. Diese Schwankungen bestehen vornehmlich in einer zeitweiligen Verschiedenheit im Verhalten gewisser psychischer Erscheinungen, sowie im Zustand des Stuhles. Die Kinder wechseln nicht selten auffallend in ihrer Munterkeit, haben häufig Tage, zuweilen mehrere nacheinander, an denen sie schlecht gelaunt und zugleich stumpfer sind, die Reaktionszeiten sind verlängert, die Schlafsucht tritt deutlich hervor. Eine regelmäßige Periodizität besteht nicht. Alle Kinder zeigen die Erscheinung nicht. (Für die wesentlichen Momente im Verlauf der psychischen Entwicklung siehe oben.) Fast alle Beobachter stimmen in der Angabe überein, daß die Mongolen eine ausnehmend

[1]) Weygandt, Beiträge zur Lehre vom Kretinismus, Allg. Zeitschr. f. Psych., 60, 1903, S. 933. Ferner „Weitere Beiträge usw." Würzburg 1904.

frühe Sterblichkeit aufweisen. Alle sind lymphatisch veranlagt, sind sehr empfindlich gegen äußere Noxen, empfänglich für Erkältungskrankheiten, ferner für Verdauungsstörungen. Leichtere Affektionen nehmen gerne eine langwierige Natur an. Dies trifft mehr zu als ein Hervortreten akuter alarmierender Reaktionserscheinungen. Hierzu hat der torpide Organismus wohl nicht Kraft und Vitalität genug, es kommt mehr zu einer langsam schleichenden Indisposition. Ernährungsstörungen der Haut, besonders nässende Ekzeme, namentlich ein chronisches Lidrandekzem, auch Neigung zur Furunkulose treten oft hervor. Fast alle Beobachter treten für die große Empfänglichkeit der Mongoloiden für Tuberkulose ein. Auch sonst scheint ihre Lebenskraft rasch zu erlahmen, so daß ein Fall von 54 Jahren, wie ihn Weygandt in einer englischen Anstalt traf, gewiß zu den Seltenheiten gehört. Die Abbildung, die Telford Smith von 19 Mongolen seiner Beobachtung gibt, enthält allerdings eine ganze Reihe von Fällen, die dem Alter der Erwachsenen nahestehen. Besonders belehrend ist die Alterstabelle von Mitchell [1]) über 54 Fälle, welche 37 Fälle unter 25 Jahren, aber doch 17 Fälle über 25, 4 davon sogar über 35 Jahre enthält, der älteste ist 43 Jahre. Man darf nicht vergessen, daß die Sterblichkeit der Idioten ganz allgemein vor dem 25. Jahre des Lebens größer ist als nach demselben, die Idioten erreichen jedenfalls in sehr großer Prozentzahl das Alter der Erwachsenen nicht. Die minderwertige Lebenskraft macht sich bei den Mongolen ferner in den Erscheinungen der vorzeitigen Senilität bemerkbar (Mitchell).

Therapie, speziell Thyreoidintherapie: Bei der Ähnlichkeit, die in manchen Punkten freilich mehr sekundärer Natur zwischen dem Mongolismus und dem Myxödem existiert, ist es einleuchtend, daß die günstigen Erfahrungen, die die Thyreoidintherapie bei letzterer Krankheit zu verzeichnen hatte, dazu ermunterten, auch beim Mongolismus das gleiche Mittel zu versuchen.

[1]) Mitchell's interessante Tabelle ist im einzelnen folgende:

Alter:		männlich	weiblich
0—10	Jahre	7	0
10—15	„	„ 5	„ 6
15—20	„	„ 5	„ 4
20—25	„	„ 6	„ 4
25—30	„	„ 0	„ 4
30—35	„	„ 5	„ 4
35—40	„	„ 1	„ 1
40—45	„	„ 1	„ 1

Dasselbe ist auch in der Tat vielfach angewandt und genießt, trotzdem seine Wirkung der beim Myxödem nicht entfernt an die Seite gestellt werden kann, auch zurzeit noch eine gewisse Berechtigung. Den zweifelhaften Wert hat vor allem Kassowitz, neuerdings Weygandt betont. Beide Autoren, ebenso besonders Kräpelin geben eine symptomatische Besserung durch das Mittel zu. Der enthusiastischen Auffassung anderer, besonders englischer Autoren kann man nicht zustimmen. Es ist richtig, daß in erster Linie, was auch Telford Smith, der sonst das Mittel sehr lobt, hervorhebt, die Medikation gerade für die Mongolen eine Gefahr mit sich bringt, denn das Herz ist funktionell minderwertig, bedarf also bei dem Mongolen in der Zeit der Thyreoidinkur besonderer Überwachung. Ich habe es wiederholt gesehen, daß bei Mongolen ohne nachweisbaren Herzfehler das Mittel infolge Herzinsufficienz bald ausgesetzt werden mußte oder schon nach den ersten Versuchen sich als unanwendbar herausstellte. Aber auch ohne solche Zufälle ist das Mittel nur von bedingtem Wert. Der Unterschied gegenüber dem Erfolg des Mittels bei Myxödem und Kretinismus ist der, daß die bei letzteren Affektionen vorhandene spezifische Wirkung fehlt, der Unterschied in dem Erfolg der Medikation ist also kein quantitativer, sondern ein qualitativer. Dem entspricht es, daß die charakteristischen Symptome durch die Thyreoidintherapie bei Kretinismus und Myxödem schwinden, beim Mongolismus aber unverändert fortbestehen. Der mit Schilddrüse gefütterte Kretin zeigt eine deutliche Zunahme des Längenwachstums, die Haut, also speziell das Myxödem wird glatt, sie beginnt Schweiß zu produzieren, die geistigen Qualitäten nähern sich der Norm. Speziell verglichen mit dem Mongolismus ist zu betonen, daß der myxödematöse Gesichtshabitus unter dem Einfluß von Thyreoidin sich bessert und schließlich verschwindet, daß die Zunge klein wird und zurücktritt, die Fontanellen sich schließen, die Zähne zu wachsen beginnen. Alles dies läßt die Thyreoidintherapie beim Mongolen unverändert. Der charakteristische Gesichtshabitus bleibt bestehen. Die Fontanellen schließen sich meist verspätet, auch in den Fällen mit Thyreoidinbehandlung (Kassowitz). Anlage und Wachstum der Zähne bleibt defekt, die Hände und Füße ändern ihre plumpe Form nicht. Auch die rauhe Stimme wird durch die Darreichung von Schilddrüsen nicht beeinflußt. Die Idiotie besteht ungemindert fort.

Dasselbe gilt von der Körpergröße und dem Wachstum, das keinerlei Abweichung von dem durchschnittlichen Gang durch eine

Thyreoidinkur erfährt (vgl. Tabelle 2). Alle Mongolen, die ich beobachtete, stehen der Durchschnittsgröße idiotischer Individuen (Maße nach KIND l. c.) ziemlich nahe und bleiben es auch nach

Tabelle 2.

Name, Geschlecht	Alter in Jahren	Körpergröße	Mittlere Körpergröße der Idioten gleichen Alters (nach KIND)	Bemerkung
B. m.	11½	126	128	Kein Thyreoidin
	12½	130		
	13	134		
	14	138	135	
	15	145	140	
	16	148	145	
	17	148	148	
J. m.	8	98	110	
	9	100	116	
W. m.	6½	104	103	Nur vorübergehend Thyreoidin (HERZ).
	7½	107	106	
	8	109	110	
V. m.	10	122	120	Thyreoidinbehandlung.
	10½	123	—	
	11	125	125	
	12	127	128	
E. w.	8	110	110	
	9	112	115	
	10	114	118	
O. w.	8	107	110	
	9	107	115	
	9½	109	116½	
L. m.	10	108	120	
	10½	108,5	—	

einer Thyreoidinkur, von einem Zwergwachstum der Mongolen kann man nicht reden.

Demgegenüber sind beim Mongolismus eine Reihe von Symptomen aber sehr wohl der Beeinflussung durch Thyreoidin zugänglich, zunächst das Körpergewicht, vgl. hierzu Tabelle 3.

Tabelle 3.

Name, Geschlecht	Alter in Jahren	Körpergewicht	Mittleres Gewicht aus 50 gleichaltrigen Fällen	Bemerkung
B. m.	$11^1/_2$	28,5		Kein Thyreoidin.
	12	29	27,5	
	$12^1/_2$	29		
	13	27,5	29,3	
	$13^1/_2$	31		
	14	33,4	29,8	
	$14^1/_2$	35,4		
	15	38,8	31,8	
	$15^1/_2$	43,2		
	16	43,5	35,4	
	$16^1/_2$	42		
	17	43,5	39,3	
J. m.	8	13	20,1	
	$8^1/_2$	15		
	9	16	21,0	
W. m.	$6^1/_2$	16,5		Nur vorübergehend Thyreoidin (Herz).
	7	18	17	
	$7^1/_2$	18		
	8	18,5	20,1	
V. m.	10	21,2	23,1	Mit Thyreoidin behandelt
	$10^1/_2$	24,5		
	11	28,5	27,0	
	$11^1/_2$	28,5		
	12	30,5	27,5	
E. w.	8	21	19,5	
	$8^1/_2$	21		
	9	22,5	21,8	
	$9^1/_2$	23,5		
	10	23	22,6	
O. w.	8	21,5	19,5	
	$8^1/_2$	19		
	9	20	21,8	
	$9^1/_2$	20,5		
L. m.	10	18,7	23,1	
	$10^1/_2$	19,5		

Der Einfluß der Thyreoidinkur auf das Körpergewicht beim Mongolen muß in doppelter Weise betrachtet werden: erstens der momentane Einfluß, zweitens der chronische, dauernde Einfluß. Was ersteren anlangt, so tritt bald nach Einsetzen der vollen Kur eine Abnahme des Körpergewichts in geringerem Maße (einige Pfund im höchsten Falle) hervor. Erweist sich der Zustand im übrigen (Herz!) derart, daß die Kur fortgesetzt werden kann, so folgt dieser Abnahme eine langsame Steigerung, welche aber nichts charakteristisches hat, die Gewichtskurve (für längere Zeit betrachtet) zeigt nach der Kur keinen besonderen Unterschied gegen die Zeit vor der Kur, ebenso verhält sich das Gewicht der mit Thyreoidin gefütterten Mongolen auf die Dauer nicht wesentlich anders als derjenigen, welche kein Thyreoidin erhalten.

Deutlicher zeigt die Beschaffenheit der Haut durch die Thyreoidintherapie eine Änderung. Beim Myxödem verschwindet durch Thyreoidin die charakteristische gedunsene und pastöse Beschaffenheit der Haut (s. o.). Die Mongolenhaut sondert nach wie vor Schweiß ab, der Unterschied liegt nach der Thyreoidintherapie in einer diffus weniger gedunsenen Beschaffenheit der Haut, welche diese aber nicht selbst, sondern das allgemeine Körperfett zu betreffen scheint. Es ist bekannt, daß die Thyreoidintherapie bei vielen Idioten, auch solchen nicht thyreogenen Ursprungs, Besserung namentlich körperlicher Symptome hervorbringt. Bourneville hat eine Besserung der körperlichen Entwicklung namentlich bei fettleibigen Idioten stets nach Thyreoidinkuren gesehen, er hat ferner gezeigt, daß in allen Fällen, die ein deutliches Zurückbleiben in der körperlichen Entwicklung als Hauptsymptom zeigen, diese Hemmung des organischen Wachstums einen zuweilen recht bedeutenden Antrieb dadurch erhält. Es steht damit in Einklang das Ergebnis der interessanten Experimente Bayon's,[1] der auch bei nicht thyriektomierten Tieren eine Beschleunigung in der Heilung von Knochenbrüchen durch Thyreoidinkuren erzielte. Alle diese Tatsachen ergeben als wesentliches Moment, daß die Verstärkung der Schilddrüsenaktion für das Wachstum und die körperliche Entwicklung, für physiologisch proliferierende und regenerative Zellprozesse, einen mächtigen Antrieb bedeutet. In diesem Umstand ist der Grund für die Besserung zu suchen, den die Thyreoidintherapie in allen möglichen Idiotieformen symptomatisch zuweilen darbietet.

Der Mongolismus bietet nun gerade außer den spezifischen fast

[1]) Bayon, Beiträge zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus. Würzburg 1903.

stets auch solche Momente allgemeiner Natur, welche durch Thyreoidin beeinflußbar sind, dar: geringe Fettleibigkeit, allgemein gestörter Ernährungszustand, Stuhlverstopfung. Wir sehen, daß auch nur diese Symptome eine Veränderung unter dem Einfluß der Schilddrüsentherapie zeigen, sowie solche, welche auch sonst bei nicht thyreogenen Idioten in gleicher Weise beeinflußbar sind (Längenwachstum Fettleibiger nach Bourneville).

Also wir können sagen: diejenigen Symptome, welche beim Mongolismus eine Änderung durch Thyreoidin erfahren, sind nicht spezifischer Natur. Sie stehen einmal nicht in Abhängigkeit von der Schilddrüse. Diese Symptome sind allgemeiner Natur und häufige Begleiterscheinungen verschiedenartiger Idiotieformen, besonders allerdings solcher, welche eine Hemmung im Wachstum und Entwicklung bekunden. Insofern sind sie auch für den Mongolismus nicht spezifisch bestimmend, sondern stellen Begleiterscheinungen sekundärer Natur dar.

Dagegen bleiben beim Mongolismus die für die Krankheit spezifischen Symptome: vor allem der charakteristische Habitus und Schwachsinn unter dem Einfluß der Thyreoidinkur ohne jede Veränderung.

Das Thyreoidin vermag für die Krankheit selbst keinerlei Heilwirkung zu entfalten. Insofern ist Weygandt recht zu geben, wenn er die Kur beim Mongolismus als zwecklos bezeichnet. Dagegen erzielt man mit Thyreoidin eine Besserung einzelner Begleitsymptome der Affektion.

Die kausale Therapie wird, wenn wir dem Wesen der Krankheit, wie beim Kretinismus einmal näher gekommen sind (Stoffwechsel), vielleicht später direkteres Eingreifen und bessere Heilaussichten gestatten. Einstweilen sind wir machtlos in dieser Beziehung. Die kleinen palliativen Heilmittel, die in der Bekämpfung der Symptome (Stuhl, Ekzem usw.) eine Rolle beanspruchen und auch subjektiv für den Kranken ohne Zweifel ins Gewicht fallen, sind natürlich ohne jeden kausalen Wert.

Es muß hier aber noch besonders hervorgehoben werden, daß ein so genauer Kenner der Affektion wie Siegert den Erfolg der Thyreoidinkur günstiger beurteilt. Allerdings deckt sich sein Urteil wohl im wesentlichen mit dem unsrigen, wenn er sagt: „Beim Myxödem erfolgt in 1—4 Wochen eine totale Veränderung des Kranken im somatischen wie im psychischen Verhalten, welche dann, wenn auch langsamer werdend, andauert, um beim Aussetzen der Medikation sofort zur raschen Wiederkehr aller Erscheinungen zu führen. Aus dem abschreckend häßlichen, widerlichen Kretin wird ein nettes, liebenswürdiges Menschenkind! Beim Mongolen dagegen erfolgt die

besprochene Besserung langsam und in beschränktem Maße, ohne die zauberhafte gänzliche Veränderung des Kranken, der ein Mongole bleibt, wie zuvor, nur unter Fortfall der Adipositas, der Nabelhernie, der stertorösen Atmung, der Konjunktivitis, und der außerdem etwas rascher zahnt und wächst, was bei Schilddrüsentherapie allerdings für so viele Fälle von Infantilismus, geistiger wie körperlicher Halbfertigkeit gilt. Positiv ist der Erfolg der Behandlung um so mehr, je früher diese einsetzt, aber in allen Fällen nur ein teilweiser, beschränkter."

Prognose: Hierfür ist vor allem von Bedeutung, daß wir infolge der charakteristischen Veränderungen des Habitus die Diagnose schon frühzeitig sichern können, nämlich beim Neugeborenen, also zu einer Zeit, wo nur selten eine andere Idiotieform sich schon so bestimmt erkennen läßt. Wir sind also in der Lage, da der Verlauf der Fälle ziemlich gleichartig ist, schon zu dieser Zeit auf das zu Erwartende hinzuweisen. Hinsichtlich der späteren Entwicklung ist die Prognose ungünstig, wir sehen bei Betrachtung des Zustandes, den die geistigen Qualitäten darbieten, wie selten die Stufe der Idiotie überschritten wird. Dagegen ist festzuhalten, daß eine geeignete und zwar vor allem zeitig genug einsetzende Erziehung und Behandlung bei den Kranken gewisse, wenn auch bescheidene Erfolge hervorbringt. Daher ist nur unter besonders günstigen häuslichen Verhältnissen eine Anstaltspflege zu erübrigen. Da die Fälle sich besonders dadurch auszeichnen, daß ein geistiger Stillstand schon frühzeitig resultiert, so ist besonders darauf zu achten, daß die Fälle einem Erziehungs- und Schulversuch nicht in zu fortgeschrittenen Jahren zugeführt werden. Andererseits ist es wichtig, da wir auch in dieser Beziehung ziemlich genau wissen, wie weit wir Erfolge zu erwarten haben, daß wir frühzeitig genug vor überspannten Erwartungen warnen können. Denn, wie gesagt, nur seltene Fälle erwerben nennenswerte Schulkenntnisse, die meisten kommen über die Erlernung ganz einfacher Dinge im häuslichen Betrieb nicht hinaus. Diese Kenntnis ist vor allem wertvoll, wenn es sich darum handelt, etwaigen übertriebenen pädagogischen Maßnahmen zu steuern. Man muß sich von vornherein der Grenzen des Erreichbaren bewußt bleiben. Im Rahmen der Anstalt kommt eine geeignete körperliche und erziehliche Behandlung den Kranken ohne Zweifel sehr zustatten, läßt kleine Erfolge an ihnen erkennen, insbesondere ist es doch möglich, den Kranken einen gewissen Grad von Selbständigkeit anzuerziehen und sie ge-

legentlich auch im vielseitigen Betrieb der Anstalt ihrer Individualität entsprechend nutzbringend zu beschäftigen.

Pathologische Anatomie: Zunächst hinsichtlich des Hirngewichts liegen einige Zahlen von Wilmarth[1]) vor, einige Gewichte sind auch den Bourneville'schen Fällen beigesetzt. Ich hatte einen Fall, 9jähriges Mädchen, mit dem Hirngewicht von 1010 g. Eine Gewichtsherabsetzung ist also vorhanden. Die Verkleinerung betrifft im wesentlichen das ganze Organ, d. h. das Großhirn und die davon abhängigen Teile. Nur unter diesem Gesichtspunkte kann die Angabe von Wilmarth, daß die Brücke hervorstechende Gewichtsverminderung zeige, zutreffen. Das gleiche soll nach Wilmarth für die Medulla oblongata gelten.

Eine von vielen Beobachtern notierte Tatsache ist der einfache Windungstypus. Es handelt sich dabei um eine Ausbildung lediglich der primären Furchen bei mangelnder sekundärer Gliederung also um ausgesprochen embryonalen Typus (vgl. Mitchell, Suttleworth, Beach u. a.; besondere Fälle bei Bourneville, Fenell u. a.). Wilmarth hebt Dünnheit der größeren Hirngefäße hervor. Lokalläsionen am Gehirn fehlen.

Mikroskopisch ist zunächst der Befunde von Bourneville's Schülern zu gedenken. Nach Philippe und Oberthür, die 2 Fälle histologisch untersucht haben, sollen die hervorstechendsten Befunde folgende sein: es handelt sich um diffuse Veränderungen, mit Prädilektion einzelner Gebiete (frontal, pariet. poster., pli courbe, calcarina). Pia gefäßreich, in einem Fall war die Adventitia der Gefäße verdickt. In der Rinde der oberste Streifen verbreitert, Ganglienzellen (Lagerung intakt): teilweise Vakuolen im Protoplasma, rarefizierte Exemplare, Neuroblasten. Wenig Chromatin. Tangential- und Radiärfasern vermindert, z. T. irregulär verlaufend. Glia nicht vermehrt, Zellen zahlreich, namentlich in der Tiefe. Markfasern dünn gelagert, Gefäße zahlreich.

Verfasser deuten den Befund sehr eigentümlich: „une forme special de meningo-encephalite cortical," welche diffus auftritt, nur die obersten Schichten, nicht die Tiefe betrifft.

Wesentlich anders sind, soweit vorhanden, die Befunde anderer Autoren. Zuerst haben sich besonders Suttleworth und Beach dafür ausgesprochen, daß es auch hierin sich um Zeichen mangelhafter Entwicklung handelt. Dafür sprechende Momente aber sind

[1]) Die Zahlen von Wilmarth sind im einzelnen: Knabe 7j. 1065, 15j. 1110, 17j. 1140, ferner Mädchen 10j. 1185.

beigebracht. Meine eigenen Erfahrungen sind gering, tendieren aber nach dieser Seite.

O. Ranke[1]) erhob normalen Befund. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die erhobenen Befunde der Blutgefäßdrüsen. Die bisher geprüften Gewichte (Bourneville u. a.), welche Thyreoidea und Thymus betreffen, ergaben normale Verhältnisse. An der Thyreoidea wollen Philippe und Oberthür Veränderungen gefunden haben, bestätigt wird dies von keiner Seite. In einem Falle untersuchte ich Thyreoidea, Thymus, Milz und Nebennieren mikroskopisch genauer und erhob normalen Befund. Der Häufigkeit von Entwicklungsdefekten an den inneren übrigen Organen, besonders dem Herzen, ist oben gedacht.

Stellung des Krankheitsbildes, Differentialdiagnose: Die klinische und noch mehr die pathogenetische Stellung des Krankheitsbildes ist noch keineswegs eine klare. Von verschiedenen Seiten her ist auf verwandtschaftliche Beziehungen und Analogien aufmerksam gemacht worden. Es beanspruchen in dieser Hinsicht Beachtung: die Ähnlichkeit mit dem Myxödem, die besonders praktisch und therapeutisch in Frage kommt; sie ist besonders von Siegert zum Gegenstand von Betrachtungen gemacht worden, die allgemeinere Bedeutung haben. Ferner kommen in Betracht die Studien Anton's über den Infantilismus; eine ganz eigenartige Richtung der Beobachtung, die ohne Zweifel großes Interesse verdient (die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen), schlagen die Darstellungen Degenkolb's ein über Analogien zwischen mongoloider Idiotie und familiär-hereditärer Ataxie (Friedreich).

Zunächst die differentielle Stellung gegen das Myxödem. Der Mongolismus ist von vornherein vielfach in Beziehung gebracht worden zu denjenigen Affektionen, welche erfahrungsgemäß auf dem Darniederliegen der inneren Sekretion beruhen, den myxödematösen Veränderungen. In der Tat haben die beiden Gruppen nicht nur die Tatsache gemeinsam, daß sie den Habitus des Kranken in einer die persönlichen Unterschiede der Menschen nivellierenden Art ver-

---

[1]) Wie Ranke hervorhob, ließen sich in seinem Falle auffallende oder als sicher pathologisch deutbare Veränderungen im Rindenbau, der nervösen und gliösen Substanz nicht nachweisen. Herr Coll. Ranke hatte die Freundlichkeit, mir noch mitzuteilen, daß entzündliche Veränderungen in seinem Falle sicher nicht vorhanden waren. Das deckt sich auch mit meinem Befund.



ändern, so daß jeweils alle Kranken eine gewisse Uniformität bieten, sondern auch die Art der Veränderung scheint einige gemeinschaftliche Züge zu bieten. Die Annäherung der Typen wird allerdings unterstützt durch das jugendliche Alter der Patienten, welches individuelle Unterschiede ohnedies weniger zeigt als das der Erwachsenen. Vor allem liegt im Beginn ein wichtiges differentielles Moment. Bekanntlich setzt nach den Untersuchungen von Horsley[1]) die Tätigkeit der Schilddrüse erst in den ersten Lebensmonaten ein, der Kretinismus beginnt demzufolge erst im Laufe der Entwicklung allmählich, die Kretinen sind bei der Geburt ohne Zeichen der Krankheit. Die Mongoloiden kommen dagegen (Kassowitz, Siegert u. a.) mit allen charakteristischen Eigenschaften der Affektion zur Welt.

Ähnliche Unterschiede bietet ein Vergleich der vollausgeprägten Krankheitsfälle. Gehen wir aus von den Hauptsymptomen des infantilen Myxödems, dem Zwergwuchs, der Hautveränderung und der charakteristischen Schwachsinnsform, so ergibt zunächst der Vergleich der Status für beide Krankheitsbilder ein sehr verschiedenes Bild. Es ist oben hervorgehoben, daß von eigentlichem Zwergwuchs beim Mongolen nur in sehr beschränktem Sinne die Rede sein kann. Die Proportionalität aber ist keine vollständige. Die Extremitäten (Hände und Füße) sind plump, zuweilen im Mißverhältnis zur ganzen Figur. Das Skelett ist gedrungen und fest, kann in der Verknöcherung deutlich retardiert sein. Der Kopf ist klein und gerade bei jugendlichen Mongolen — da Kinder relativ großen Kopf haben — nicht in einem für das Alter richtigen Größenverhältnis. Das Skelett hat also nicht den Charakter der auf kindlicher Stufe Stehengebliebenen, sondern zeigt neben einem aprioristischen Wachstumsmangel eines Teils (Kopf) derbe Anlage und irregulären Verknöcherungsprozeß bei geringer Länge. Es ist also eine Anlagestörung von besonderer Form. Demgegenüber ist das Kretinenskelett ein auf kindlicher Wachstumsstufe stehengebliebenes System, zeigt geringe Länge bei lediglich retardierter Verknöcherung, großen Schädel, also eine im späteren Leben fehlerhafte Proportion, die aber als solche im jugendlichen Alter physiologisch ist.

Vergleicht man mit diesem Zustand des Skeletts die ganze Erscheinungsform, so ergibt sich, daß der Habitus der Mongolen in viel höherem Grade durch das Skelett bestimmt wird, als der des Myx-

---

[1]) Horsley, Remarks on the function of the thyroid gland. Brit. med. Journ. 1892. p. 531.

ödematösen und Kretins. Weygandt weist in seiner vortrefflichen Studie im einzelnen nach, daß die Veränderung der Weichteile das entscheidende Moment für die äußere Gestaltung und vor allem des Gesichtshabitus der Kretinen ist. Der charakteristische Unterschied dieser Tatsache tritt in der Thyreoidinkur hervor.

Für die äußere Bedeckung gilt ein ähnlicher Unterschied. Die aufgedunsene äußere Bedeckung der Myxödematösen entspringt einer Schwellung des Unterhautzellgewebes, das subkutane Gewebe ist sülzig, von vermehrtem Mucingehalt. Auch die Mongolen zeigen nicht selten ein gedunsenes Aussehen, wie aufgeschwemmt. Bei näherer Betrachtung vermißt man hier aber die wabbelige, weiche Beschaffenheit der Haut, sie ist weniger teigig, mehr prall, hat mehr Turgor als beim Myxödem. Die Prädilektionsstellen des Myxödems fehlen den Mongolen, hier sieht man Verdickungen mehr entsprechend den Orten, die bei allgemeiner Fettzunahme auch sonst Verdickung zeigen. Dies deutet schon an, worum es sich zumeist handelt, um eine Obesitas, wie sie bei Idioten und namentlich solchen von infantilistischen Symptomen zuweilen vorkommt. Eine gewisse Schlaffheit der Haut ist auch den Mongolen eigen, man sieht aber nach Abschwellen der gedunsenen Partien keine Faltenbildung und Säcke, wie bei alternden Myxödematösen, auftreten. Die Haut paßt sich also ihrer Unterlage an. Nach Thyreoidin schwindet beim Mongolen das pathologisch vermehrte Fett, beim Myxödem wird das ganze Integument ein anderes, die Erfolge sind also ursächlich sehr verschiedener Natur. Insbesondere verschwindet der charakteristische Habitus der Mongolen nach Thyreoidin nicht, da er nicht durch die Bedeckung bestimmt ist, sondern vielmehr durch die konstant bleibenden Faktoren der Anlage (Skelett usw.) (vgl. oben).

Die differentialdiagnostischen Momente, betreffend Mongolismus und Myxödem lassen sich in den wesentlichen Punkten am besten an einer Gegenüberstellung erörtern. Eine brauchbare derartige Tabelle findet man bei Sutherland.

Mongolismus.	Myxödem, Kretinismus.
Affektion angeboren. Charakteristische Zeichen schon bei Geburt vorhanden.	Kinder werden normal geboren. Krankheit entwickelt sich erst später.
Verlauf nicht progredient, sondern stationär.	Langsame Progression der Erscheinungen.

Mongolismus.	Myxödem, Kretinismus.
Haut leicht geschwellt. Zunahme des Unterhautfettgewebes. Keine pathologischen Prädilektionsstellen.	Haut pastös. Mucingehalt vermehrt, Turgor vermindert. Prädilektionsstellen.
Normale Schweißsekretion der Haut.	Schweißsekretion der Haut fehlt.
Elektrischer Leitungswiderstand der Haut normal (Siegert).	Elektrischer Leitungswiderstand der Haut erhöht (Siegert).
Äußere Erscheinung durch Anlage des Skeletts bedingt (Gesicht, Extremitäten).	Äußerer Typus im wesentlichen durch die Hautveränderung bedingt (Gesicht, Extremitäten).
Schädel brachycephal, meist mikrobrachycephal.	Schädel ohne charakteristische Form, groß, den kindlichen Dimensionen entsprechend.
Skelettbau unproportioniert.	Skelettbau zeigt kindliche proportionale Dimensionen.
Ossifikation: Durchaus irregulär, vorzeitige neben rückständiger Verknöcherung, daneben normale Ossifikation (Siegert).	Verknöcherung retardiert.
Defektbildungen und Verkümmerung an den Phalangen, besonders 1. und 5. Finger häufig.	Finger- und Zehenskelett normal.
Wachstum: In den ersten Lebensjahren zuweilen übergroße Körperlänge (Siegert). Später meist Zurückbleiben im Längenwachstum.	Zwergwachstum.
Gehäufte Degenerationszeichen (Entwicklungshemmungen).	Keine Zeichen gehemmter Fötalentwicklung.

Mongolismus.	Myxödem, Kretinismus.
Zuweilen angeborene Herzdefekte. Häufig funktionelle Herzinsufficienz.	Herz meist normal.
Geschlechtsorgane klein, vielfach mißbildet. Sexualität wahrscheinlich fehlend. Sterilität (Mitchell) Scham- und Achselhaare fehlen.	Geschlechtsorgane infantil.
Zunge charakteristisch verändert, rissig. Unregelmäßigkeit der Papillenbildung. Massig.	Zunge groß, geschwollen, keine Zeichen von organischer Veränderung.
Psychisches Bild verschieden, Häufigkeit versatiler Formen.	Meist torpider, energetischer Blödsinn.
Formes frustes selten.	Formes frustes häufig.
Thyreoidintherapie: Keine spezifische Wirkung. Charakteristische Symptome bleiben, nur sekundäre Erscheinungen ändern sich.	Thyreoidintherapie hat spezifische Wirkung.

Mit der Differentialdiagnose zwischen Myxödem und Mongolismus hat sich vor allem Siegert beschäftigt und wir verdanken diesem Autor nach dieser Seite wichtige Aufschlüsse. Siegert faßt seine Erörterungen über diesen Punkt wie folgt zusammen:

„Fassen wir die Betrachtungen zusammen, so gründet sich die Differentialdiagnose des Mongolismus, die gelegentlich recht schwierig sein kann, vor allem auf den Mongolentypus des Kranken bei fehlendem Myxödem; das beim Myxödem nie vorhandene, beim Mongolen normale Schwitzen, und die damit zusammenhängende — Myxidioten oft fehlende — normale elektrische Erregbarkeit, das in den ersten Jahren normale, übernormale oder nur wenig rückständige Längenwachstum, die meist weniger, oft genug kaum nennenswert vorhandene Störung der Intelligenz, die nur ausnahmsweise den Grad von Idiotie wie bei der Athyreosis erreicht, eventuell auf den Nach-

weis der Schilddrüse, auf das von mir gefundene Verhalten der Skelettentwicklung und das abweichende Verhalten gegenüber der Organtherapie."

Manche der Unterschiede in den Beobachtungen der Kinderärzte einerseits, der Nervenärzte und Psychiater andererseits liegen gewiß in der Tatsache, daß erstere die Fälle meist sehr frühzeitig (im ersten Jahr), letztere sie erst später sehen. Darin ist wahrscheinlich auch das günstigere Urteil begründet, das die Kinderärzte betr. der Organtherapie abgeben (vgl. den Fall von Siegert), sowie die Verschiedenheit in der Beurteilung der Psyche, die damit zusammenhängt, daß erst eine regere geistige Entwicklung, später aber ein auffallender Stillstand derselben sich findet.

In interessanter Weise ist der Gegenstand von Anton und — von ganz anderen Gesichtspunkten ausgehend, von Degenkolb bearbeitet worden. Während die Erörterungen in dieser Richtung, soweit sie sich nach dem Myxödem hin bewegen, eine differentialdiagnostische Bedeutung haben, treten bei den Anton'schen Betrachtungen über den Infantilismus, sowie in der Degenkolb'schen Arbeit mehr pathogenetische Fragen hervor und solche Momente, welche für die Stellung des Krankheitsbildes Bedeutung erlangen können.

Anton reiht entsprechend der von ihm durchgeführten Unterscheidung des generellen und partiellen Infantilismus den Mongolismus der ersteren Gruppe zu, diese „kennzeichnet eine Entwicklungsstörung, welche den ganzen Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt und die Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gattung verhindert. Dabei bleiben nicht nur die körperlichen, sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften des Kindes fortbestehen. Die Mehrzahl der Typen des generellen Infantilismus bietet gleichzeitig Schwachsinn, Idiotie oder Infantilismus psychicus".

Degenkolb hat vor 2 Jahren zwei Geschwister mit Friedreich-scher Ataxie beobachtet, deren eines verschiedene Stigmata der mongoloiden Idiotie aufwies. Er verfolgte den Zusammenhang beider Arten von Affektionen näher und gelangte so zu einem recht interessanten Parallelismus, der wenigstens in seinen Fällen zwischen beiden Zustandsbildern vorliegt und vielleicht von Bedeutung für das Verständnis des Mongolismus werden kann. Er bemerkt, daß schon Nonne bei dem Studium familiär-hereditärer Ataxien auf anthropologische Merkmale aufmerksam geworden war. Besonders wichtig scheint Degenkolb die Gelenkweichheit zu sein, sie kommt bei Friedreich'scher Ataxie, andererseits ja auch beim Mongolismus vor und beruht nach seinen Untersuchungen auf einem konstitutio-

nellen, d. h. kongenital erworbenen Moment. Ferner weist er auf die bei vielen familiär-ataktischen vorhandenen Herzstörungen, für die Entwicklungsfehler wahrscheinlich sind, hin. Das letztere Symptom ist ja gerade auch dem Mongolismus nicht selten eigen. Die primären Störungen der Entwicklung (Gaumendefekte, Kryptorchismus usw.) sind beiden Affektionen eigen.

Ohne Zweifel werfen diese interessanten Betrachtungen ein Licht auf neue Wege für die Forschung. Es erscheint allerdings auffallend, daß rein ataktische Symptome bei den Mongoloiden nicht so häufig sind, als man es nach der Verwandtschaft der in Betracht kommenden Störungen auf Grund der DEGENKOLB'schen Untersuchungen annehmen sollte. Ich habe bei meinen Fällen, die ich nach Erscheinen der genannten Mitteilungen daraufhin nochmals ansah, nichts derartiges gefunden. Das verbindende Merkmal liegt ja aber mehr in den oben genannten Symptomen; aus der Gegenüberstellung, die DEGENKOLB gibt, tritt die Analogie in vielen Punkten deutlich hervor. Hauptsymptome des Mongolismus sind nach DEGENKOLB vornehmlich: die primäre Knochenerkrankung, die Muskelweichheit, die Herzbefunde (Zirkulationsstörungen), für das Nervensystem: die Hypoplasien, die WILMARTH fand, leptomeningitische und intraadventitielle Veränderungen und der mehrfach gefundene Hydrocephalus.

Einige der von DEGENKOLB namhaft gemachten Symptome sind Zeichen gehemmter Entwicklung (in rein quantitativer Beziehung). Ein anderer Teil beansprucht eine selbständige Stellung und bahnt Beziehungen zu den familiär-hereditären Ataxieformen an. Es ist nicht zu vergessen, daß gerade auf diesem letzteren Gebiete die Übergänge überaus fließende sind. Immerhin versprechen die einstweilen erst kursorisch mitgeteilten interessanten Betrachtungen DEGENKOLB's einen Einblick in die Affektion von einer ganz neuen Seite. Gemeinsame Gesichtspunkte sind für die Gruppe der hereditär-familiären Nervenkrankheiten und die diesen nahestehenden Gruppen gerade von Wert als Abgrenzung von wesensverschiedenen Typen.

Eine ganz besondere Eigenart des Krankheitstypus liegt aber in seinen anthropologischen Merkmalen. SANCTIS sieht darin eine krankhafte Übertreibung der anthropologischen Merkmale der Aszendenten. Der Grund liegt aber wohl tiefer. ANTON weist darauf hin, daß Anthropologen und Pathologen darüber geschrieben haben, daß solche Hemmungen der Entwicklung bei Menschen und Tieren zu einer Transformation der Rassenmerkmale führen (DARWIN,

Klebs u. a.). Möglicherweise wird also auch von hier aus dem Atavismus noch einmal Aufklärung zukommen. Es handelt sich vielleicht um das, was ich[1]) als phylogenetische Vererbung bezeichnet habe: wenn die evolutiven Kräfte nicht ausreichen, das für die Art Typische zu zeitigen, so kommen Anlehnungen an andere Entwicklungsstufen zum Vorschein. Von dem Grundmodus zweigt jede Art (und Rasse) in bestimmt normierter Weise ab: so entstehen durch Divergenz von gemeinsamen prinzipalen Linien der Evolution die verschiedenen Arten und Genera. So stellen auch derartige Formen, welche für die Art selbst atypisch, für eine andere (niedrigere) Art (oder Rasse) aber ihrerseits typisch sind, Abzweigungen von der Norm dar, Abzweigungen, die sich parallel jener Divergenz bewegen, so daß an dem Vertreter einer bestimmten Art Normen einer anderen (niedrigeren) zutage treten.

Die Wege der Erforschung des Mongolismus haben so einstweilen wenig Gemeinsames. Das ist immer ein Ausdruck dafür, daß wir uns noch auf dunklem Gebiete bewegen. Indessen gewisse gemeinsame und bei jeder Art von Betrachtung wiederkehrende Züge zeigen sich deutlich.

Eine Symptomgruppe ist durch eine Reihe besonderer anatomischer Merkmale gegeben. Dahin gehören zunächst die zahlreichen, oft gehäuften Degenerationszeichen, es gehören dahin die Defekt- und Spaltbildungen an den inneren Organen, vor allem am Herzen. Alle diese Momente haben das Gemeinsame, daß es sich um Zeichen einer unfertigen embryonalen Entwicklung handelt. Für diese Tatsache kommt vor allem der Hirnbefund in Betracht. Abgesehen von der wichtigen Erscheinung der wiederholt konstatierten fehlenden sekundären Gliederung bei normaler Anlage der primären Gyri und Sulci, und abgesehen von der Tatsache der häufigen Verkleinerung aus Anlage (Gewichtsherabsetzung ohne Defekt) des Gehirns spielt der mikroskopische Befund eine wesentliche Rolle. Es sind Befunde vorhanden, daß die Rinde embryonale Charaktere zeigt (Dichtigkeit der Zellelemente, unfertige Formen, Neuroblasten, mangelhafte Reifung und Gruppierung der Elemente, s. o.). Es scheint also festzustehen, daß wir an Hirn und Körper die Zeichen einer gehemmten embryonalen Entwicklung vor uns haben.

Es ist zu betonen, daß andere Beobachter normalen mikroskopischen Befund erhoben.[2]) Ich verkenne nicht, daß die Sach-

[1]) Vogt, Über Anatomie, Wesen und Entstehung der Mikrocephalie usw. Wiesbaden 1905.

[2]) Vgl. besonders die wichtigen Angaben O. Ranke's, oben S. 475.

lage noch der Klärung bedarf und beziehe mich nur auf die durch das Studium eines Falles gewonnenen Eindrücke.

Doch ist die Sache insofern von Bedeutung, als sich die Frage am Befund der übrigen Körperorgane schwer entscheiden läßt, dagegen ist das Gehirn, das sowohl als Ganzes (in seiner topographischen Ausgestaltung), wie in der Differenzierung seiner Einzelelemente eine lange Reihe von sich logisch ablösenden Phasen durchläuft, sehr geeignet, den Zeitpunkt des Eintritts einer Schädigung während des Embryonallebens zu fixieren. Hierfür dient uns eben der Befund der Entwicklungshemmung, da, wie die teratologischen Hirnstudien gezeigt haben, die Phase der Entwicklung, auf welche die Schädigung trifft, an der Weiterentwicklung gehindert, gehemmt wird. Sie charakterisiert das Organ, in dem sie erhalten bleibt, und gibt so direkt die Entwicklungsperiode an, bis zu welcher die Evolution den normalen Weg ging, von der ab aber die Hemmung der Weiterentwicklung datiert.

Zweifellos weisen eine ganze Reihe von Anzeichen darauf hin, daß die Entwicklung des Mongoloiden eine Hemmung erfuhr (Degenerationszeichen, Hirnbefund usw.). Es ist aber zweierlei in erster Linie unklar: Zeitpunkt und Ursache dieser Hemmung. Die Untersuchungen in den verschiedenen Richtungen haben die Zeichen dieser Entwicklungshemmung klargelegt. Sie divergieren aber hinsichtlich der Bedingnis derselben. Die Ähnlichkeit mit dem Myxödem macht es möglich, daß wir beim Mongolismus das Ausbleiben einer ihrem Wesen nach noch unbekannten inneren Sekretion zu supponieren hätten, einer Sekretion deren Einsetzen unablässig ist für den normalen Ablauf der Entwicklung. Oder sind die Erscheinungen der Störung koordinierter Natur mit den autochthonen Symptomen (Muskel- und Knochenerkrankung usw.)? Liegt eine konstitutionelle Anomalie wie den familiären Ataxien zugrunde? So können wir auch nicht die Frage entscheiden: welche Rolle spielt die Endogenität? Nur eines scheint gewiß: die Hemmung der Entwicklung ist nicht das einzige Moment. Warum divergiert die gesamte Entwicklung gerade nach der „mongoloiden" Seite, also ihren anthropologischen Merkmalen? Aus der Hemmung der Entwicklung erklärt sich diese Divergenz nur zum Teil, jene ist Vorbedingung, aber nicht Ursache dieser. Letztere liegt — also auch dieser Weg führt zu demselben Resultat — tiefer. Nicht zuletzt aber ist dieses anthropologische Merkmal eine der interessantesten Seiten der Affektion.

Literatur.

Anton, Die Formen und die Ursachen des Infantilismus. Vortr. Vers. München. Ref. Aug. Ztsch. f. Psych., 63, 1906, p. 578.

Berger, Über Knochenwachstumsstörungen. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen 11, 1907, p. 12.

Bourneville, Idiotie du type mongolienne. Récherches sur l'epilepsie, l'hysterie et l'idiotie, 22, 1902, p. 136.

Ein typischer Fall, 7 jähriges Mädchen. Kopfmaße: Hu 47, Fro. occ. 15, Bip. 15, Längenbreitenindex also 100,0! Enthält Temperaturmessungen von 8 Kindern, danach sei die Temperatur herabgesetzt, aber nicht so intensiv wie beim Myxödem. Gewichte von drei jugendlichen Fällen, es wog die Thyreoidea: 7,0—6,0—12,0, die Thymus: 5,0—5,0—5,0. Motilität: kann Gehen, nicht Laufen, Springen, Treppensteigen. Verf. hat 20 Fälle gesehen. Alle sind lymphatisch, neigen zu Tuberkulose. Psychisch finden sich alle Grade der Idiotie. Längenmaßtabellen und Gewichte von 11 Fällen S. 144. Obiger Fall zeigte bei der Sektion primitive Hirnfurchung, keinen typischen pathologischen Prozeß.

Derselbe, Idiotie du type mongolienne, tuberculose pulmonaire, appendicite tuberculeuse. Ebenda 23. 1903, p. 3.

Charakteristischer Fall, Mädchen 11 Jahre alt. Tiefstehende Idiotie. Zweimal eingehend untersucht: mit 6 und 11 Jahren. In Zwischenzeit Fortschritte in Sprache, kennt Gegenstände usw. Motilität wie bei obigem Fall. Fütterung mit Thyreoidea; unklar durch interkurrente Tuberkulose, aber Wachstum um 1 cm, nachdem die Länge vorher 2 Jahre lang unverändert geblieben war. B. hebt hervor: ältlichen Gesichtsausdruck, männliche Stimme, Faltenzunge, Zwergwachstum.

Derselbe, Du traitement thyreoidien chez les idiots mongoliens myxedémateux infantiles, obésés et offrants un arrêt de developpement physique. Vortrag Brüssel. Neur. Ctbl. 1904, p. 238.

Angeblich gute Erfolge der Kur auch bei den Mongoloiden.

Derselbe, de l'idiotie mongolienne. Vortrag Brüssel. Neur. Ctbl. 1904, p. 239.

Bericht über 20 Fälle. Thyreoidea stets tastbar, in 5 Autopsiefällen war dieselbe normal.

Bourneville et Boyer, Imbecillité congenitale probablement aggravée par l'alcoolisme de la nourrice, qui a determiné une meningite. Type mongolienne. Récherches etc. 23, 1903, p. 24.

Mädchen von 20 Jahren. Wollte in den ersten Lebenstagen nicht saugen. Zunge stand schon damals zum Munde heraus, groß und rissig. Somatischer Befund typisch. Psychische Entwicklung zeigte nach anfänglichem Fortschritt Stillstand.

Fletcher Beach, Diagnosis and treatment of idiocy, with remarks on prognosis. Lancet 1878. vol. II., p. 764.

Brückner, Zur Kenntnis des kongenitalen Epicanthus. Arch. f. Augenh. 55, 1906, p. 22.

Derselbe, On typus of imbecillity. Med. Times and Gaz. London. Vol. I 1882, p. 300 und 353.

Beide Aufsätze enthalten allgemeine Bemerkungen. Der zweite auch kurzen Bericht über einen Fall.

Degenkolb, Familiäre Ataxie mit Idiotie bei zwei Geschwistern. Vers. Jena. Monatsschrift f. Neur. und Psych. 19. 1906. S. 213 und Arch. f. Ps. 41, 1906, p. 775.

Kombination von mongoloider Idiotie und familiärer Ataxie.

Derselbe, Friedreichs Ataxie und mongoloide Idiotie. Vortr. Stuttgart. Ref. Neur. Ctbl. 1906, p. 963.

Nachweis der Analogie beider Affektionen, cf. Referat im Text.

Dieterle, Die Athyreosis unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettveränderungen, sowie der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. Virch. Arch. 184, 1906, Heft 1.

Fenell, Mongolian imbecillity. Journ. of ment. science 50, 1904, p. 32.

21 Fälle. Besonders bemerkenswert: ein weniger stark ausgeprägter Fall (ohne Brachycephalie). Ein besonderes Zeichen sei fleckige Röte zwischen Unter- und Oberkiefer. Kombination mit Rhachitis nicht selten. Die tiefen Reflexe (Sehnenreflexe) sollen zuweilen fehlen. Die Agilität, welche in den jungen Jahren hervortritt, fordert zu falschen Anstrengungen bei der Erziehung auf. F. nennt den Mongolismus antenatelly arrested development.

Fraser-Mitchell, Kalmuk idiocy. Report of a case with autopsy, by J. Fraser. With notes of sixty-two cases, by A. Mitchell. Journ. of ment. sc. 22. 1877, p. 169.

Ad 1) Erste Beschreibung eines typischen Falles mit allen Symptomen. ad 2) Charakterisierung der Symptome, besonders interessant die Alters- und die Längentabelle (s. o.) Zusammenstellung der Familienanamnesen. Die Fälle sind demnach oft Erschöpfungsprodukte. Im östlichen Schottland häufiger als im westlichen. Vertritt die Verwandtschaft mit dem Kretinismus. Abbildungen.

Fromm, Sektionsbefund bei einem Fall von Mongolismus. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1905. Augustheft.

Angeblich typischer Fall mit Verkleinerung der Schilddrüse.

Fuchs, Myxödem. Arch. f. Kinderhlk. 41, 1905, Heft 1 u. 2.

Garrod, Congenital heart disease and the mongol type of idiocy. British med. Journal 1898. I. p. 1200.

Zusammentreffen von mongoloider Idiotie und angeborenem Herzfehler in 7 Fällen. In der Diskussion berichtet Shutterland über 3 Fälle, davon zeigte einer bei der Sektion offenes foramen ovale. In Garrods Fällen systolisches Geräusch links oben neben dem Sternum.

W. Winston Hall, A case of mongolism. Pediatrics XI. 1901, p. 445.

Kind konnte nicht saugen. Systolisches Geräusch von Geburt an.

Enthält ärztlichen Krankheitsbericht über drei Fälle mit treffender Charakteristik. Frequenz 11 auf 453 Anstaltsinsassen. Todesursache von 9 Fällen in 6 Lungentuberkulose.

Herwig, Jahresbericht der Idiotenanstalt Niedermarsberg, 1903.

Dasselbe 1905. Sektionsergebnis eines Falles (s. o.)

Hjord, Bodil, Mongolidiotiens Ätiologie. Nyt Tidsskr. f. Abnormvaesenet. 8. 1906, Heft 9.

Hochsinger, Krämpfe bei Kindern. Deutsche Klinik VII, 1905.

Jones, The mouth in backward children (Imbecilles) of the mongolian type. Journ. of ment. sc. 36. 1890, p. 187.

Beschreibung der Symptome. Bei der Sprache: Zischlaute fehlen, Artikulation schlecht. Einzelne litten an Epilepsie (?), Theoretische Erörterungen. Für die Nosologie der Krankheit unwesentlich.

Ireland, Mental affections of children. London 1898. Im Abschnitt Varieties p. 58 ff.

Hat die charakteristische Zunge auch bei anderen Idioten gesehen. Häufig kompliziert durch kongenitalen Herzfehler. Im übrigen Beschreibung des Krankheitstypus.

Kassowitz, Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Wien 1902. Auch Vortrag in Carlsbad; cf. Neur. Ctbl. 1903, p. 288.

Kellner, Vorstellung zur Mong. und eines Kretins. Vortr. ärztl. Ver. Hamburg, zit. nach Berger, s. o.

Kovalevsky, type mongol de l'idiotie. Annales médico-psych. 1906. Nov.—Dez.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1904, II. Bd., p. 877.

Allgemeine eingehende Charakteristik. Thyreoidintherapie bessert einzelne Symptome, ändert aber Gesamtbild nicht.

Kral, Fall von Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel. Wien. klin. Wochschr. 1899, p. 734.

Sehr zweifehafter Fall. Scheint Verwechslung mit Myxödem vorzuliegen.

Langdon Down, Mental affections of childhood and Youth. 1887.

Looft, Klinisk og aetiologiske studier avac psychiske Udvi klins Mangler hos Born. Bergen 1897.

Neumann, Über den mongoloiden Typus der Idiotie. Berl. klin. Wo. 1899. Nr. 10.

Erste eingehende Studie in Deutschland. Beobachtungen namentlich von Kindern in frühem Alter (10 Fälle unter 2 Jahren, je 1 mit 2, 3 bzw. 6 Jahren). Von 12 Fällen 9 Mädchen. N. tritt der Auffassung der englischen Autoren, die Fälle seien meist letzte Kinder großer Familien usw., entgegen. Keine Verwandtschaft zu Myxödem usw., Entwicklungshemmung.

Oberthur, Examen histol. de 3 cerveaux d'idiots du type Mong. et du corps thyroide de 2 de ces malades. Progrès med. 20, 1904, p. 44.

Philippe et Oberthur, Etude histologique de deux cas d'idiotie du type Mongolieu. Recherches sur l'epilepsie, l'hysterie et l'idiotie. 22, 1902. p. 148.

Dieselben, Examen histologique de deux cerveaux d'idiots mongoliens. Ebenda. 23. 1903, p. 19.

Kurze histologische Betrachtung. Näheres siehe oben.

Ranke, O., Anthropometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern mit bes. Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Ztschr. f. Schulgesundheitspfl. XVIII, 1905, Sep.-Abdr.

Auf S. 38 und 39: Mitteilung von 5 Fällen (genaue Körper- und Schädelmaße!) und ein mikroskopischer Befund.

De Sanctis, Infantilismus. Riv. sper. di fren. 31, 1906, Fasc. 3—4.

Shuttleworth, Some of the cranial characteristics of idiocy. Transactions of the international Medical Congress. 1881. Tome III, p. 609.

Derselbe, The physical features of idiocy in relation to classification and prognosis. Liverpool med. chir. Journal 1883. p. 283.

Derselbe, Clinical lecture on Idiocy and Imbecillity. British med. Journ. 1886, Vol. I. p.

Derselbe, Mentally-deficient children, their treatment and training. London 1900. II. Edition. Enthalten allgemeine Bemerkungen.

Shuttleworth et Beach, Rapport de l'anatomie pathologique de l'idiotie. Congress international de médecine 1900. Soc. de psychiatrie p. 154.

Allgemeine Vorstellung, nichts neues.

Siegert, Angebliches congenitales Myxödem bei normaler Schilddrüse. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 5, Nr. 3, Sep.-Abdr.

Derselbe, Zur Diagnose des Mongolismus und des infantilen Myxödems. Verh. XXIII. Kongr. innere Med. München. 1906. Sep.-Abdr.

Telford Smith, The thyroid treatment of cretinism and imbecillity in children. Brit. med. Journal 1896. Tome II, p. 616.

Empfiehlt sehr Thyreoidinbehandlung bei hinreichender Beachtung des Herzens: Besserung nicht Heilung. Frequenz 5%, 19 von 320 in einer Anstalt. Gruppenbild zum Teil erwachsener Fälle.

Derselbe, The differential diagnosis of Mongolism and Cretinism in infancy. Lancet 1900. T. I, p. 23.

Differentialdiagnostische Bemerkungen, zwei charakteristische Abbildungen.

Taylor, Exhibition of cases etc. Society diseases in children. The Lancet. 1900. Tome II, p. 1429.

Krankenvorstellung.

Thomson, On the diagnosis and prognosis of certain forms of imbecillity. The Scottish Med. and Chir. Journ. 1898. March. Referiert von Garrod (s. o.).

Bericht über 3 Fälle.

Vogt, H., Über den mongoloiden Typus der Idiotie. Vortrag Vers. München. Ref. Neur. Ztrbl. 1906, p. 476.

Derselbe, Die mongoloide Idiotie. Klinik f. psych. und nervöse Krankheiten v. Sommer. 1906, Heft 3.

Wast, Early diagnosis of idiocy. Columbus Med. Journ. 1900, March.

Derselbe, Note on the Little Finger of the Mongolian Idiot and of normal Children. Arch. of. Pediatrics. 1901.

Weygandt, Über Mongolismus. Vortrag München. Ref. Allg. Ztsch. f. Ps. 62. 105, p. 861.

Derselbe, Über Idiotie. Referat der Jahresvers. Dresden 1905. Halle 1906.

In beiden Aufsätzen gibt Verf. einen Überblick seiner eingehenden Kenntnis (79 genau untersuchte Fälle), Krankeitsbild von degenerativem Typus, Hemmungsmißbildung. Wichtigkeit richtiger Diagnose, weil Prognose besonders quoad Bildungsfähigkeit und psychische Entwicklung schlecht ist. Beachtenswert ein Fall von 54 Jahren.

Wilmarth, Weight of the brain in the feeble-minded. The Alienist and Neurologist. 12. 1891, p. 543.

Mehrere Hirngewichtszahlen (s. o.).

Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung.

Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 26.—28. April 1907 in Frankfurt a. M.

Von

Dr. **Julius Moses**, prakt. Arzt, Mannheim.

Wenn ich heute als Nicht-Fachpsychiater die Ehre habe, vor Ihnen ein Kapitel aus den Beziehungen zwischen Idiotenfürsorge und Fürsorge-(Zwangs-)erziehung zu behandeln, so bin ich nicht sicher, ob das lebhafte Interesse, das die Psychiater an dem Fürsorgeerziehungswesen nehmen, und das besonders in der energischen Forderung nach psychiatrischer Voruntersuchung der jugendlichen Fürsorgeerziehungskandidaten und nach psychiatrischer Behandlung der als geistig abnorm erkannten Fürsorgezöglinge zum Ausdruck kommt, auch für mein Thema beansprucht werden darf. Es soll in folgendem die Frage erörtert werden, wie weit es nützlich und möglich ist, durch die Fürsorge-Erziehungs-Gesetzgebung eine zwangsweise Verbringung idiotischer Kinder zur Anstaltserziehung herbeizuführen. Durch Erfahrungen, die ich in der allgemeinen ärztlichen Praxis in Stadt und Land, als Armenarzt und als Mitglied der städtischen Armenkommission gesammelt habe, bin ich zu der Beschäftigung mit dieser Frage gedrängt und von ihrer Bedeutung überzeugt worden.

In Ihrem Fachkreise bedarf es kaum des Nachweises, daß die Idiotenfürsorge in Deutschland nicht auf jener Höhe steht, die von ärztlichen, sozialen und humanitären Gesichtspunkten aus erstrebt werden muß. Die von Ihrem Vereine eingesetzte Kommission für

Idiotenfürsorge und Idiotenforschung ist um die Aufdeckung bestehender Mißstände und um das Studium der Mittel, mit denen den Mängeln zu begegnen ist, unablässig bemüht. Besonders erfährt das Anstaltswesen für Idioten, das nach der quantitativen wie nach der qualitativen Seite eines weiteren Ausbaues bedürftig ist, ihre stetige Aufmerksamkeit.

Die Unzulänglichkeit der Idiotenanstaltsfürsorge trägt sicher einige Schuld an der Tatsache, von der ich bei meiner Erörterung auszugehen habe, an der Tatsache, daß eine große Anzahl bildungsfähiger Schwachsinniger einer sachverständigen erzieherischen Obhut entzogen wird. Diese bedauerliche Erscheinung findet aber ihre Begründung noch in anderen Ursachen, so in der Unwissenheit, Indolenz oder Renitenz der betreffenden Eltern, in der mangelhaften Gesetzgebung u. a. Wir werden auf diese Dinge sofort zurückkommen. Die Tatsache selbst ist unbestreitbar, daß eine große Anzahl schwachsinniger Kinder einer erzieherischen Fürsorge entbehrt. Wie groß diese Zahl in Deutschland ist, läßt sich statistisch nicht feststellen. Wenn aber z. B. von der Schulbehörde in Mannheim 12 idiotische Kinder im schulpflichtigen Alter, die einer Spezialerziehung bedürftig sind, im letzten Schuljahre namhaft gemacht wurden, so würde sich die Gesamtsumme solcher Kinder — nach der Umrechnung von den 170000 Einwohnern unserer Stadt auf die Gesamtbevölkerung des Deutschen Reiches von 60 Millionen — in Deutschland auf ca. 4000 belaufen. In den gesamten 81 Schwachsinnigenanstalten in Deutschland sind 5219 Kinder untergebracht Wäre unsere Berechnung richtig, so käme die Zahl der erzieherisch unversorgten Idioten der der in Anstalt untergebrachten sehr nahe. Indes treffen wir mit dieser Übertragung der Verhältnisse einer Stadt, die über gut organisierte Hilfsschulen und eine umfassende öffentliche Kinderfürsorge verfügt, auf das gesamte Reich nicht das Richtige. Wir haben in Rechnung zu ziehen, daß auf dem Lande und in kleinen Gemeinden weder Hilfsschulen existieren, noch die öffentliche Fürsorge so gut funktioniert als in einem großstädtischen Gemeinwesen, so daß die von mir nach dem rohen Verfahren der Umrechnung gewonnene Ziffer sehr weit hinter der Wirklichkeit zurückbleibt.

Wie groß auch immer die Zahl derjenigen schwachsinnigen Kinder in Deutschland sein mag, die ohne geeignete erzieherische Beeinflussung aufwachsen, sicher ist, daß wir in dem Fernhalten dieser Kinder von der heilerzieherischen Fürsorge einen Mißstand zu beklagen haben, der nach Abhilfe ruft.

Für unsere spezielle Frage, wie weit zur Beseitigung dieses Mißstandes die Fürsorgeerziehung in Anspruch genommen werden soll, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Schuld an der erzieherischen Vernachlässigung oft bei den Eltern der schwachsinnigen Kinder liegt.

Das Verständnis für die hohe Bedeutung einer sachgemäßen Schwachsinnigen-Erziehung für die Zukunft des Kindes ist, besonders bei den unteren Volkschichten, keineswegs sehr groß, jedenfalls nicht so groß, als daß es die Abneigung der Eltern gegen eine Trennung von ihren Kindern überwinden könnte. Man darf sich über die mangelnde Einsicht dieser Elternkreise um so weniger wundern, als tatsächlich die Gefahren, welchen beim Aufwachsenlassen der Schwachsinnigen ohne erzieherische Fürsorge diese selbst und die Gesellschaft durch sie ausgesetzt sind, auch in den gebildeten Kreisen nicht hinreichend gewürdigt werden, so daß von letzteren eine Beeinflussung der sich einer Anstaltsfürsorge ihrer schwachsinnigen Kinder wiedersetzenden Eltern nicht immer zu erwarten ist. Noch sind die statistischen Nachweise von Bonnhöfer, der bei 31 Proz. der von ihm untersuchten Vagabunden und bei 16 Proz. der Prostituierten angeborenen Schwachsinn fand, oder von Mönkemöller, nach dem von 200 Zwangszöglingen 68 geistig Schwache waren, oder von Thomsen, der unter 943 Sträflinge bei 218 angeborenen Schwachsinn konstatierte, und ähnliche Forschungergebnisse in der Öffentlichkeit nicht bekannt genug, um eine allgemeine Erkenntnis des antisozialen Charakters des Schwachsinnes zu erzeugen, welche der Unwissenheit, Gleichgültigkeit und Gewohnheit entgegen wirken könnte. Nicht minder unklar und unzulänglich sind die landläufigen Anschauungen über die Bildungsaussichten bei idiotischen Kindern. Die öffentliche Meinung wird noch keineswegs von jener psychiatrischen Anschauung beherrscht, welche Ziehen in dem Ausspruch formulierte, daß es keinen Fall von Idiotie gibt, welcher als absolut besserungs- oder erziehungsunfähig betrachtet werden kann. Jedenfalls wird die Prognose der Schwachsinnigenfürsorge im Publikum als schlechter betrachtet als sie in Wirklichkeit ist. Eine Besserung in dieser Hinsicht bereitet sich in der letzten Zeit dadurch vor, daß die erzieherischen Erfolge der Hilfsklassen in den Städten weiteren Kreisen eine andere Meinung über den Wert der Hinterziehung beizubringen im Begriffe sind.

Es läßt sich nicht leugnen, daß unter den Ursachen des elterlichen Widerstandes gegenüber der Anstaltsfürsorge für ihre schwachsinnigen Kinder auch die jetzige Gestaltung des Anstalts-

wesens eine gewisse Rolle spielt. Von einiger Bedeutung ist schon der Umstand, daß die Anstalten nicht zahlreich genug vorhanden, und nicht dicht genug über das Land verbreitet sind. Die Notwendigkeit der Vermehrung der Anstalten ist schon wiederholt hervorgehoben worden. Die großen Städte hätten im Verein mit ihrer ländlichen Umgebung meistens Material genug, um in ihrer Nähe eine Anstalt bevölkern zu können. Wir haben in Deutschland aber nur zwei städtische Anstalten mit 251 Schülern. Jedenfalls tut eine Vermehrung der Anstalten dringend not, auch nach der Richtung, daß für die Leichtschwachsinnigen (wie sie in den Städten die Hilfsklassen bevölkern) von dem Lande entsprechende Anstalten zentral gelegen errichtet werden. Nicht ohne Bedeutung ist auch der Name der Anstalten, es wurde schon öfter darauf hingewiesen, daß eine harmloser klingende Bezeichnung als die einer Idiotenanstalt manche Bedenken und Vorurteile zerstreuen könnte. Ich kann an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wie weit die innere Gestaltung der heutigen Idiotenanstalten geeignet ist, Vorurteile und Mißtrauen gegen dieselben zu erzeugen und zu unterhalten. Es liegt hier manches im argen. Soviel sei nur gesagt, eine Vermehrung und Stärkung des ärztlichen Einflusses und der ärztlichen Betätigung in diesen Anstalten geeignet wäre, in dem Publikum das Vertrauen zu den Anstalten zu beleben und zu festigen.

Es ist überflüssig, zu bemerken, daß viele Vorurteile gegen die bestehenden Anstalten auch völlig grundlos sind und daß der erzieherische Einfluß der letzteren auf ihre Zöglinge besonders in ethischer und sozialer Beziehung so groß ist, daß ähnliche Erfolge im Hause selbst unter den allergünstigsten äußeren Verhältnissen kaum erlangt werden können.

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit durch Anwendung der Fürsorge-(Zwangs-)Erziehungsgesetze die Widerstände, welche sich der Verbringung des schwachsinnigen Kindes in Anstaltserziehung entgegenstellen, überwunden werden können und sollen, ist es unerläßlich, die gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen kennen zu lernen, welche sich auf die Erziehungspflicht an Schwachsinnigen beziehen.

Wir entbehren in Deutschland einer einheitlichen Regelung dieser wichtigen Materie, vielmehr weisen die Bundesstaaten eine ganze bunte Musterkarte von Gesetzen und Verordnungen auf. Es ist nicht möglich, hier alle einschläglichen Bestimmungen aufzuzählen,

wir beschränken uns vielmehr darauf, einige der wichtigsten herauszugreifen, gleichsam als Typen für die verschiedenartige gesetzliche Handhabung der Idiotenfürsorge im Deutschen Reiche. Vorausschicken will ich, daß bezgl. des obligatorischen Besuches der Hilfsschulen und Hilfsklassen seitens der für dieselben geeigneten Schwachsinnigen die bestehende Gesetzgebung urd Rechtsprechung in den deutschen Staaten ausreichend zu sein scheint, nachdem auch in Preußen durch eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts und einen Erlaß des Unterrichtsministers die Schulpflicht der Hilfsschüler geregelt worden ist. Es liegt hier bei den Hilfsschulen die Rechtslage insofern einfacher, als der Hilfsschule die Eigenschaft der öffentlichen Volksschule zukommt und das Abhalten der Kinder, von dem Besuche der Hilfsschule gleich ist der Weigerung ein Kind in die Volksschule zu senden. Ich verweise auf die Berichte über die Hilfsschultage in Mainz und Bremen, welche das einschlägliche Material ausführlich enthalten. Durch die Vorschriften und Entscheidungen über den Unterrichtszwang der Hilfsschüler werden die idiotischen Kinder, welche sich nicht für die Hilfsschulerziehung eignen, nicht betroffen, da die für deren Erziehung eingerichteten Anstalten nicht mehr der Eigenschaft einer öffentlichen Volksschule aufweisen. Bezüglich der Idioten fehlt es aber in Preußen an irgend welchen klaren und bindenden gesetzlichen oder behördlichen Unterlagen. Im Gegensatz zu Preußen hat die Angelegenheit in Bayern durch die Vollzugsvorschriften und Erläuterungen zur Schulpflichtordnung, veröffentlicht im Ministerialblatt für Kirchen- und Schulangelegenheit im Königreich Bayern No. 10 vom 30. März 1906, eine präzise Regelung gefunden. Die einschläglichen Abschnitte lauten:

„Die Schulpflicht ergreift ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit gleichmäßig alle Kinder, die sich im Alter der Schulpflicht innerhalb des Staatsgebietes aufhalten. Sie besteht an und für sich auch für die geistig oder körperlich nicht genügend entwickelten, bildungsunfähigen oder bildungsbeschränkten Kinder. Solche Kinder können gleichfalls zum Besuche einer Schule angehalten werden; die Erziehungsberechtigten könen aber ihrerseits die Aufnahme dieser Kinder in die allgemeine Volksschule nicht beanspruchen. Die Kinder sind vielmehr, wenn in der Gemeinde eine Hilfsschule oder besondere Hilfsklassen ihrer Konfession eingerichtet sind, in der Regel in diese zu verweisen.“

„Bei der Entscheidung über die Aufnahme oder Zurückweisung

bildungsbeschränkter oder bildungsunfähiger Kinder ist einerseits das Interesse der Schule nicht außer acht zu lassen, das häufig einer solchen Aufnahme entgegenstehen wird, andererseits auch das Interesse dieser Kinder zu berücksichtigen, denen nicht selten schon durch den geregelten Schulbesuch allein eine große Wohltat erwiesen werden kann, auch wenn sie aus dem Unterrichte nicht den vollen Nutzen zu ziehen vermögen. Deshalb wird zwar in erster Linie darauf bedacht zu nehmen sein, solche Kinder in den für sie besonders geeigneten Unterrichts- und Erziehungsanstalten, wie z. B. in Hilfsschulen und Hilfsklassen, Taubstummenanstalten, Anstalten für krüppelhafte Kinder, Blindeninstituten u. a. unterzubringen. Wo dies aber nicht möglich ist, soll ihnen die Aufnahme in die Volksschule nicht versagt werden, falls sie in ihrem Interesse liegt und ohne eine zu erhebliche Schädigung der Unterrichtsinteressen und der gebotenen Rücksicht auf die anderen Kinder angängig und rätlich erscheint. Sie kann in solchen Fällen auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigten verfügt werden.

Wird ein Kind als nur beschränkt bildungsfähig oder als bildungsunfähig von der Aufnahme in die Volksschule zurückgewiesen, so hat der Kgl. Lokalschulinspektor hiervon dem Kgl. Bezirksamte, in unmittelbaren Städten dem Stadtmagistrate (in München der Kgl. Polizeidirektion) Anzeige zu machen. Dasselbe hat auch zu geschehen, wenn sich erst im Laufe eines Schuljahres herausstellt, daß ein Kind aus irgend einem Grunde (Blindheit, Taubheit, Krüppelhaftigkeit, Schwachsinn, Kretinismus, Idiotismus usw.) für den regelmäßigen Unterricht in der Volksschule untauglich ist. Die Distriktspolizeibehörde wird sodann, veranlaßtenfalls im Einverständnisse mit dem Vormundschaftsgerichte und im Benehmen mit dem zuständigen Pfarramte, durch geeignete Belehrung der Erziehungsberechtigten darauf hinzuwirken suchen, daß das Kind in einer passenden Anstalt untergebracht oder daß sonst in zweckmäßiger Weise für seine Erziehung gesorgt wird. Unter Umständen kann auch die Anwendung der Vorschriften des § 1666 des B.G.B., des Zwangserziehungsgesetzes vom 10. Mai 1902 und des Artikels 81 des Polizeistrafgesetzbuches in Frage kommen."

In Sachsen enthält schon das Gesetz, betreffend das Volksschulwesen vom 26. April 1873, Vorschriften über die Erziehung schwach- und blödsinniger Kinder. § 4 Abs. 5 heißt es: „Verwahrloste, nicht vollsinnige, schwach- und blödsinnige Kinder sind in hierzu bestimmten öffentlichen oder Privatanstalten unterzubringen,

sofern nicht durch die dazu Verpflichteten anderweit für ihre Erziehung hinreichend gesorgt ist.

Die Verordnung zur Ausführung dieses Gesetzes, vom 25. August 1874, besagt in § 9:

„Da die Unterrichtung verwahrloster, nicht vollsinniger, schwach- und blödsinniger Kinder eine besondere Befähigung und Vorbildung des Lehrers voraussetzt, solche Kinder auch dem Lehrgange der Volksschule in der Regel nicht folgen können, so empfiehlt sich für die größeren Städte die Einrichtung von besonderen Schulen oder Klassen für derartige Kinder.

Entstehen beim Schulvorstande darüber Zweifel, ob die Erziehung solcher Kinder im Hause ihrer Angehörigen ausreichend sei, so hat derselbe der Bezirksinspektion hierüber Anzeige zu erstatten und ihr die weitere Anordnung beziehentlich nach Einholung eines gerichtärztlichen Gutachtens auf Kosten der Beteiligten zu überlassen."

Diese letztere Vorschrift erhält durch die Verordnung zur Ausführung des Bürgerlichen Gesetzbuches und der zu dessen Ein- und Ausführung ergangenen Gesetze vom 6. Juli 1899 folgenden Zusatz:

„Wird der von der Bezirksschulinspektion angeordneten Unterbringung in eine Erziehungsanstalt widersprochen, so ist die weitere Entschließung dem Vormundschaftgerichte gemäß §§ 1666, 1838 des B.G.B. zu überlassen. Die Bezirksschulinspektion hat solchenfalls die Unterbringung des Kindes in eine Erziehungsanstalt bei dem Vormundschaftsgerichte zu beantragen."

In Braunschweig wurde am 30. März 1894 ein Gesetz erlassen über die Ausbildung nicht vollsinniger, schwach- und blödsinniger Kinder. In demselben heißt es: „§ 1. Nicht vollsinnige, (blinde, taubstumme oder hochgradig schwerhörige), schwach- oder blödsinnige Kinder müssen, sobald sie das 7. Lebensjahr vollendet haben und wegen unzulänglicher Bildungsfähigkeit in der Gemeindeschule keine Aufnahme finden oder wieder aus derselben entlassen werden, für die Dauer des schulpflichtigen Alters in den zur Ausbildung solcher Kinder bestimmten Anstalten untergebracht werden, sofern sie nicht entweder auf andere Weise eine ausreichende Ausbildung erhalten, oder mit Rücksicht auf ihren körperlichen oder geistigen Zustand zur Aufnahme in die Anstalt ungeeignet sind. Die am Sitze der Anstalt wohnenden Kinder können von dem Zwange

der Aufnahme in dieselbe befreit werden, haben jedoch an den betreffenden Unterrichtsstunden teilzunehmen. § 3. Die Herzogliche Kreisdirektion, in der Stadt Braunschweig die herzogliche Polizeidirektion, hat, falls das Kind zur Aufnahme in die Anstalt geeignet erscheint, den zur Erziehung desselben Verpflichteten zu hören, und, falls letzterer Einwendungen nicht erhebt, die Unterbringung des Kindes in der Anstalt zu veranlassen. Wird von dem zur Erziehung Verpflichteten eingewendet, daß auf andere Weise für die erforderliche Ausbildung des Kindes ausreichend Sorge getragen oder daß dasselbe zur Aufnahme in die Anstalt ungeeignet sei, so hat die Herzogliche Kreisdirektion bzw. Polizeidirektion den Sachverhalt festzustellen und, wenn nach dem Ergebnis und den erforderlichen Falls einzuholenden sachverständigen Gutachten die Unterbringung des Kindes in der Anstalt geboten erscheint, solche zu verfügen. Die Verfügung ist dem zur Erziehung Verpflichteten schriftlich zuzufertigen und kann von demselben binnen 14 Tagen im Instanzenwege angefochten werden. Nach erfolgter endgültiger Entscheidung hat die Herzogliche Kreisdirektion bzw. Polizeidirektion erforderlichenfalls die zwangsweise Einlieferung des Kindes in die Anstalt zu bewirken."

In Baden regelt das Gesetz vom 11. August 1902 die Erziehung nicht vollsinniger (taubstummer oder blinder) Kinder, ohne die schwach- und blödsinnigen aufzuführen. Indes heißt es in dem Gesetze, daß die Bestimmungen des Gesetzes auch hinsichtlich derjenigen Kinder, die die Volksschule nicht besuchen können, sinngemäße Anwendung finden. Auch legt das Gesetz den Eltern oder Stellvertretern die Verpflichtung auf, den ihrer Obhut anvertrauten Kindern, die nicht die Volksschule besuchen können, einen entsprechenden Unterricht zu ermöglichen.

„Ein Zwang zur Verbringung eines Kindes in eine Anstalt kann nur nach Maßgabe der Bestimmungen des Bürgerlichen Getsetzbuches ausgeübt werden."

Aus dem bürgerlichen Gesetzbuche sind folgende Paragraphen von Bedeutung:

„§ 1631 besagt von der elterlichen Gewalt des Vaters: die Sorge für die Person des Kindes umfaßt das Recht und die Pflicht, das Kind zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

§ 1666. Wird das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt, oder sich

eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so hat das Vormundschaftsgericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordnen, daß das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie, in einer Erziehungsanstalt oder einer Besserungsanstalt untergebracht wird.

§ 1838. Das Vormundschaftsgericht kann anordnen, das der Mündel zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt oder in einer Besserungsanstalt untergebracht wird. Steht dem Vater oder der Mutter die Sorge für die Person des Mündels zu, so ist eine solche Anordnung nur unter den Voraussetzungen des § 1666 zulässig.

Wo die gesetzlichen Vorschriften über die Schulpflicht Schwachsinniger so klar und bestimmt sind, wie z. B. in Bayern und in Braunschweig, wird bei hartnäckiger Weigerung der Eltern oder Erziehungsberechtigten nach wiederholter Ermahnung der letzteren, ev. nach gerichtlicher Bestrafung die zwangsweise Überführung nach den Vorschriften des § 1666 des B.G.B. durch das Vormundschaftsgericht oder durch das Zwangserziehungsgesetz unschwer zu bewerkstelligen sein.

Wo aber, wie in Preußen, die gesetzlichen Unterlagen fehlen, oder wie in Baden nicht bestimmt genug sind, stellen sich der zwangsweisen Überführung große Schwierigkeiten entgegen. Zunächst ist der Versuch zu machen, den Widerstand der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters auf Grund des § 1666 des B.G.B. zu beseitigen. Bezüglich der taubstummen und blinden Kinder hat ein Erlaß der Minister des Unterrichts und des Innern in Preußen vom 19. Juli 1906 ausdrücklich auf diesen Weg gewiesen. Der betr. Erlaß lautet:

„In den Ausführungsbestimmungen vom 18. Dezember 1900 zu dem Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger vom 2. Juli 1900 ist unter I darauf hingewiesen worden, daß der § 1 No. 1 des Gesetzes auch diejenigen Fälle umfasse, in denen Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterricht ihrer nicht vollsinnigen Kinder hartnäckig zurückweisen.

Neuere Ermittelungen haben ergeben, daß die Zahl der bisher nicht in Anstalten untergebrachten taubstummen und blinden Kinder immer noch erheblich ist. Nun hat zwar das Fürsorgeverfahren in vielen Fällen nicht durchgeführt werden können, weil die gesetzlichen Voraussetzungen der Fürsorgeerziehung von den Gerichten nicht in allen Teilen als tatsächlich erwiesen angesehen werden konnten. Es ist jedoch in neueren Entscheidungen des Kammer-

gerichts (vgl. namentlich die Beschlüsse vom 14. Oktober 1901 und 22. Juni 1903) zutreffend ausgeführt worden, daß der Widerstand des gesetzlichen Vertreters gegen den Eintritt nicht vollsinniger Kinder schulpflichtigen Alters in eine Taubstummen- oder Blindenanstalt in allen Fällen durch vormundschaftliche Anordnungen auf Grund des § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches beseitigt werden kann.

Da es dringend erwünscht ist, daß tunlichst allen taubstummen und blinden Kindern die Wohltat eines geordneten Unterrichts zuteil werde, so ersuchen wir Ew. pp., die nach § 4 Abs. 1 des Fürsorgeerziehungsgesetzes berufenen Beamten auf die vorerwähnten gerichtlichen Entscheidungen aufmerksam zu machen und sie anzuweisen, in allen Fällen, die zu ihrer Kenntnis gelangen, bei den Vormundschaftsgerichten entsprechende Anträge zu stellen."

Auf schwach- und blödsinnige Kinder ist in diesem Erlasse nicht abgehoben. Für diese Kinder fehlen eben die in dem Erlasse erwähnten gesetzlichen Voraussetzungen; denn die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze über die Fürsorgeerziehung, sprechen nur von nicht vollsinnigen Kindern, zu denen schwachsinnige Kinder nicht gerechnet werden.

Soll ein voraussichtlich bildungsfähiges schwachsinniges Kind gegen den Widerstand des Erziehungsberechtigten der Anstalt zugeführt werden, so bedarf es in jedem einzelnen Falle des Nachweises, daß die allgemeinen gesetzlichen Voraussetzungen der Fürsorgeerziehung gegeben sind.

Prinzipielle und generelle Hindernisse gegen die Anwendung der Fürsorgeerziehung auf idiotische Kinder bestehen im Gesetze nicht.

Idioten können, wenn die übrigen Voraussetzungen für die Fürsorgeerziehung zutreffen, unter diese gestellt werden. Im Kommissionsbericht des Preußischen Abgeordnetenhauses ist dies ausdrücklich anerkannt worden.[1]) Das in den früheren preußischen Zwangserziehungsgesetze enthaltene Verbot der Unterbringung von Zwangszöglingen in Anstalten, die für Kranke, Gebrechliche, Idioten bestimmt sind, wurde im neuen Gesetze aufgeboben, und die Unterbringung von Zöglingen in Anstalten, welche für Kranke, Gebrechliche, Idioten, Taubstumme oder Blinde bestimmt sind, insoweit und insolange zugelassen, als es ihr körperlicher und geistiger Zustand erfordert. Und in den Ausführungsbestimmungen zu dem Fürsorge-

---

[1]) Siehe LUDWIG SCHMITZ, Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger. Düsseldorf 1901.

gesetz heißt es: „Zöglinge, die wegen ihres krankhaften Zustandes in Anstalten, welche für Gebrechliche, Kranke Idiote, Epileptische, Taubstumme oder Blinde bestimmt sind, untergebracht werden müssen, fallen dadurch nicht ohne weiteres aus der Fürsorgeerziehung. Es sind vielmehr dieselben Maßregeln zur Erlangung früherer Aufhebung der Fürsorgeerziehung erforderlich, wie bei normalen Zöglingen."

In Baden heißt es im § 7 des Zwangserziehungsgesetzes: „Anstalten welche zur Unterbringung von Kranken, Gebrechlichen oder Landarmen bestimmt sind, dürfen nicht für die Zwangserziehung verwendet werden. Ein Ministerialerlaß vom 20. Mai 1904 besagt aber, daß „nichts entgegensteht, geistig kranke oder zurückgebliebene Zwangszöglinge zur Verpflegung und Erziehung in eine hierzu bestimmte Anstalt, wie die Anstalt Herthen, zu verbringen. Hierbei sei aber zu erwägen, ob Gründe dafür bestehen, diese Unterbringung im Wege der Zwangserziehung nicht vielmehr unter Aufhebung der Zwangserziehungsmaßregel, im Wege der Armenfürsorge geschehen zu lassen. Letzteres würde der Fall sein, wenn es sich nicht sowohl um Heilung und Erziehung als um Verpflegung handle und jedenfalls dann, wenn ein gänzlich bildungsfähiges Kind in Frage stehe." Was die Anwendung der Fürsorgeerziehung auf gänzlich bildungsunfähige Idioten betrifft, so dürften solche Kinder auch in Preußen aus der Fürsorgeerziehung ausscheiden und auf anderem Wege zu versorgen sein. Sie fallen unter die Rubrik der „Unheilbaren Geisteskranken", von denen Schmitz sagt, daß sie mit Feststellung der Unheilbarkeit aus der Fürsorgeerziehung ausscheiden, weil die Erreichung des Zieles der Fürsorgeerziehung in einem solchen Falle ausgeschlossen, das Gesetz selbst darum nicht anwendbar ist.

Jedenfalls ist sicher, daß besserungsfähige Schwachsinnige der Fürsorgeerziehung überantwortet und auf Grund derselben in die für sie bestimmten Anstalten eingewiesen werden können. Es gelten demnach im einzelnen Falle für diese Kategorie der Jugendlichen die gleichen Voraussetzungen für die Einleitung eines Fürsorgeerziehungsverfahrens, wie bei den geistig normalen. Hier kommt in Betracht der § 1 des Preußischen Gesetzes über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger vom 2. Juli 1900, die entsprechenden Bestimmungen in der Zwangserziehungsgesetzgebung der übrigen deutschen Bundesstaaten stimmen im wesentlichen mit jenem § 1 überein, der lautet:

„Ein Minderjähriger, welcher das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann der Fürsorgeerziehung überwiesen werden:

1. wenn die Voraussetzungen des § 1666 oder des § 1838 des Bürgerlichen Gesetzbuches vorliegen und die Fürsorgeerziehung erforderlich ist, um die Verwahrlosung der Minderjährigen zu verhüten.

2. wenn der Minderjährige eine strafbare Handlung begangen hat, wegen der er in Anbetracht seines jugendlichen Alters strafrechtlich nicht verfolgt werden kann, und die Fürsorgeerziehung mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der Handlung, die Persönlichkeit der Eltern oder sonstigen Erzieher und die übrigen Lebensverhältnisse zur Verhütung weiterer sittlichen Verwahrlosung des Minderjährigen erforderlich ist;

3. wenn die Fürsorgeerziehung außer diesen Fällen wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens der Minderjährigen notwendig ist."

Für unser Thema scheidet die Betrachtung jener Fälle, in denen strafbare Handlungen den Anlaß zur Fürsorgeerziehung geben aus. Es wird die Fürsorgeerziehung auch bei Schwachsinnigen am ehesten eingeleitet werden, wenn sie kriminell geworden sind, und das was sonst nur unter großen Schwierigkeiten zu erreichen ist, geht dann rascher und glatter, wenn die Kinder eine strafbare Handlung begangen haben. Tatsächlich wissen wir, besonders aus den Arbeiten von NEISSER und TIPPEL, daß unter den Insassen der Zwangserziehungsanstalten ein hoher Prozentsatz Schwachsinniger sich befindet. Des Fürsorgeerziehungsgesetz soll aber seiner ganzen Tendenz noch prophylaktisch wirken, und es wäre traurig, wenn sich der jugendliche Schwachsinnige das Recht, auch gegen den Willen kurzsichtiger Eltern, einer für seine Zukunft förderlichen Erziehung übergeben zu werden, erst durch das Begehen einer strafbaren Handlung erwirken müßte. Unser Bestreben muß vielmehr dahin gehen, die Fürsorgeerziehung zu erreichen, ehe die Idioten in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch gekommen sind. In diesem Bestreben müssen wir uns auf Nr. 1 und 3 des § 1 stützen können.

Demnach ist zunächst die Überweisung zur Fürsorgeerziehung zulässig, wenn Kinder, die unter elterlicher Gewalt stehen, durch schuldhaftes Verhalten der Eltern in Gefahr geraten, zu verwahrlosen, wenn der Erziehungsberechtigte das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht. Dann aber auch weiter, wenn Minderjährige, auch ohne daß ein Verschulden der Eltern vorliegt, verwahrlosen oder die erzieherische

Einwirkung der Eltern oder sonstiger Erzieher oder der Schule nicht ausreichen, um ein völliges sittliches Verderben zu verhüten. Die eine oder die andere dieser Voraussetzungen muß im Einzelfalle nachgewiesen werden. Nun ist wohl sicher, daß die Gefahr einer Verwahrlosung durch schuldhaftes Verhalten der Eltern wie bei normalen Kindern, auch bei schwachsinnigen in der mannigfachsten Weise vorliegen kann; ja, es ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß eben die Unbeholfenheit, Ungeschicklichkeit und Wehrlosigkeit schwachsinniger Kinder gewissenlose Eltern leichter zur Vernachlässigung und zum Mißbrauch der elterlichen Gewalt verleiten. Hier aber ist die Frage, ob allein die Tatsache, daß die Eltern das Kind auf wiederholte Aufforderung und Belehrung der für es dienlichen Erziehungsart nicht zuführen, ausreichend ist, um einen Fall im Sinne von § 1 Nr. 1 des preuß. Fürsorgegesetzes zu konstruieren. Wir sahen, daß dort, wo, wie in Bayern, der gesetzliche Unterrichtszwang auch für Schwachsinnige besteht, das Zurückhalten der Kinder von dem Anstaltsbesuche als ein schuldhaftes Verhalten der Eltern gilt, das gleichgesetzt wird dem Abhalten normaler Kinder vom Schulbesuche. Nach den Ausführungsbestimmungen des Preuß. Gesetzes fallen unter Nr. 1 alle die Fälle, in denen Eltern ihre Kinder mißhandeln, ihnen die körperliche Pflege versagen, sie zu überanstrengenden, der leiblichen und geistigen Entwicklung schädlichen Arbeiten zwingen, sie in einer die Zwecke der Schule gefährdenden Weise vom Schulbesuche abhalten, die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte ihrer nicht vollsinnigen Kinder hartnäckig zurückweisen oder sie vom Verkehr mit verbrecherischen Personen und der Begehung von Straftaten nicht abhalten. Es ist gerade nicht leicht, den Fall, wo ein körperlich nicht vernachlässigtes schwachsinniges Kind von der für es geeigneten Erziehungsanstalt ferngehalten wird, unter diese Fälle zu subsummieren. Erstrebt müßte allerdings werden, daß das, was für nicht vollsinnige Kinder bestimmt ist, auch auf schwachsinnige Kinder ausgedehnt wird: „wenn die Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte ihrer schwachsinnigen Kinder zurückweisen,“ kann Fürsorgeerziehung eintreten. Wenn bei blinden und taubstummen Kindern, die ohne die ihrer Eigenart angepaßte Erziehung aufwachsen, die Gefahr der Verwahrlosung gefürchtet wird, so dürfte diese Gefahr bei Schwachsinnigen nicht nur nicht geringer sein, sondern im Hinblick auf die kriminelle Veranlagung als weit größer erscheinen. Es gibt keinen Grund, die Schwachsinnigen in dieser Beziehung anders zu behan-

deln als die Viersinnigen. Aus dem verschiedenen Verhalten dieser beiden Kategorien in bezug auf die Prognose ihrer künftigen Erwerbsfähigkeit darf keine Schlußfolgerung zu ungunsten der bildungsfähigen Schwachsinnigen gezogen werden, bei denen eben durch die frühzeitige sachgemäße und sachverständige Erziehung in den meisten Fällen soviel erreicht wird, daß sie der Gesellschaft nicht lästig fallen. Jedenfalls ist zu betonen, daß wie bei den Nichtvollsinnigen auch bei den Schwachsinnigen eine häusliche Erziehung nur in ganz exzeptionellen Fällen und unter Voraussetzungen, die nur bei den günstigsten äußeren Bedingungen zu erfüllen sind, etwas Ersprießliches erzielen kann.

Wenn ich nun an Sie appelliere, daß Sie Ihr autoritatives Votum in die Wagschale werfen möchten, um zu erreichen, daß im Sinne des § 1 Nr. 1 des Preuß. Fürsorgeerziehungsgesetzes und der einschlägigen Ausführungsbestimmungen bei einigermaßen bildungsfähigen Idioten ebenso wie bei nicht vollsinnigen Kindern Fürsorgeerziehung eintreten kann, falls die Eltern die Gelegenheit zur Erziehung zurückweisen, so bin ich mir dabei wohl bewußt, daß durch Ihr Eintreten für die Sache die Schwierigkeiten verringert, aber noch nicht behoben sein dürften. Wir hören ja deutlich aus dem vorhin verlesenen Ministerialerlaß vom 19. Juli 1906, daß trotz des Hinweises der Ausführungsbestimmungen auf die nicht vollsinnigen Kinder die Fürsorgegesetzgebung denselben gegenüber oft versagte, weil die gesetzlichen Voraussetzungen der Fürsorgeerziehung von den Gerichten nicht in allen Teilen als tatsächlich erwiesen angesehen werden können. Wir stoßen eben hier auf Hindernisse, die in der Art der Durchführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes liegen und die auch von anderer Seite und nach anderen Richtungen schon vielfach beklagt wurden.

Es wird sich noch fragen, ob nicht Nr. 3 des § 1 für die erzieherische Versorgung der Schwachsinnigen angezogen werden kann. Es ist zu beachten, daß hier in Ziffer 3 des § 1 der Nachweis der Gefahr des völligen sittlichen Verderbens, nicht einfach der Verwahrlosung gefordert wird. Es wird sicher eine Anzahl von Fällen unbeaufsichtigter und schlecht behüteter schwachsinniger Kinder geben, bei denen man diese Gefahr in Aussicht stellen kann. Bei dieser Ziffer wird nicht der Nachweis einer subjektiven Verschuldung seitens der Erziehungsberechtigten verlangt, sondern die objektive Verwahrlosung getroffen, bei der es nach den Ausführungen des Staatssekretärs des Reichsjustizamts im Reichstage weniger darauf ankomme, wo die Schuld und die Ursache der Verwahrlosung der

Kinder zu suchen ist, als vielmehr auf die Tatsache, daß die Kinder verwahrlost sind, daß ein öffentliches Interesse für ihre Besserung im Wege staatlicher Fürsorge vorhanden ist (SCHMITZ). Man wird in einzelnen Fällen mit dem Nachweise, daß diese Bedingungen zutreffen, die zwangsweise Einweisung von Idioten in Anstaltserziehung erzielen können.

Wir werden also im Interesse der Schwachsinnigen selbst, des Staates und der Gesellschaft in jedem Falle, wo ein schwachsinniges Kind von der Spezialerziehung zurückgehalten wird, für das wir nach ärztlichem Wissen und Gewissen eine Anstaltsfürsorge für notwendig und aussichtsvoll halten, versuchen müssen, die Fürsorgeerziehung nutzbar zu machen. Es bedarf zu diesem Zwecke eines ausführlichen Gutachtens, das neben den Ergebnissen der physischen und psychiatrischen Untersuchung sich über die Aussichten einer heilpädagogischen ärztlichen Anstaltserziehung und über die Gefahren, die bei Nichtanwendung einer solchen dem Kinde in sittlicher Beziehung drohen, ausführlich und klar ausspricht. Wenn diese Anträge, von psychiatrischen Sachverständigen unterstützt und begutachtet, zahlreich einlaufen, wird es nicht ohne Eindruck auf die Organe bleiben können, denen die Ausführung des Fürsorgegesetzes anvertraut ist. Daneben muß eine intensive Aufklärungsarbeit einsetzen, welche die Öffentlichkeit über die Notwendigkeit und die Aussichten einer geordneten Anstaltsfürsorge für die Schwachsinnigen belehrt. In der preußischen Abgeordnetenkammer wurde neulich eine Novelle zum Fürsorgegesetz gefordert, die sicherlich nicht ausbleiben kann. Wenn Sie, als die berufenen Anwälte der Schwachsinnigen, Ihre Aufmerksamkeit der heute von mir angeschnittenen Frage zuwenden wollten, dürfte es wohl zu erreichen sein, daß bei einer Reform der Fürsorgegesetzgebung auch das Recht der schwachsinnigen Minderjährigen auf die ihrer Befähigung und Eigenart angemessene Erziehung und Bildung anerkannt und gewahrt wird. Das vornehmste Ziel der Fürsorgeerziehung ist die Prophylaxe. Das Gesetz muß, wenn es diese Aufgabe erfüllen will, auch dazu dienen, die Schwachsinnigen vor Verwahrlosung und Verderbnis und damit den Staat und die Gesellschaft vor einer großen Gefahr und vor Schädigung ihrer Interessen wirksam und rechtzeitig zu schützen. Die Fürsorgegesetzgebung kann dazu beitragen, die Fürsorge für schwachsinnige und idiotische Minderjährige so zu fördern und auszugestalten, wie wir es als Freunde und Berater dieser armen Geschöpfe aufrichtig wünschen und ernsthaft erstreben müssen.

Ein schwachsinniges Kind mit einer Ohrspitze im Sinne Darwin's.

Von

Dr. **Oswald Berkhan,**
Sanitätsrat in Braunschweig.

Mit 3 Textfiguren.

In meiner ärztlichen Tätigkeit hatte ich vor längerer Zeit Gelegenheit, ein schwachsinniges Kind zu untersuchen, welches mir dadurch auffiel, daß an dem einen Ohre desselben ein Vorsprung, nicht an dem Seitenrande des Helix, auf welchen Darwin zuerst aufmerksam machte, sich zeigte, sondern an dem oberen Rande und mir deshalb einer näheren Beachtung wert erschien.

Ehe ich auf das Ohr näher eingehe, möchte ich kurz den Krankheitsfall angeben, wie ich ihn derzeit aufzeichnete.

Knabe $2^1/_2$ Jahre alt, unehlich geboren. Von der Mutter erfuhr ich, daß derselbe ihr erstes Kind und leicht geboren sei, etwas über ein Jahr alt zu gehen anfing und nur das Wort „ja“ sagte, dann sei „Nervenzucken aufgetreten, der Kopf, der bei der Geburt klein gewesen, habe an Umfang zugenommen, das Kind sei immer dummer geworden und die Augen desselben hätten sich verdreht.“

Die Untersuchung ergab: Kind etwas unter Mittelgröße, die Glieder eine Andeutung von Rhachitis zeigend. Die Fontanellen geschlossen, Scheitelbeinhöcker rund gewölbt, Stirn etwas vorspringend. 20 Zähne teilweise im Hervortreten begriffen.

Größter Umfang des Kopfes	46,5
Größter Längsdurchmesser	16
Größter Querdurchmesser	14

Querdurchmesser von einem Ohreingang zum andern 10
Wölbung, mit der Bandmaße von einem Gehörgang über den Kopf bis zum anderen Gehörgang gemessen 30,5

Die Ohren, wenig schräg angesetzt, zeigen eine mehr rundliche Form, auch die Ohrläppchen haben eine rundliche Bogenform. Am rechten Ohre springt der obere Teil des Helix spitzenförmig vor, ohne daß der Knorpel eine Unterbrechung erleidet, wie dies auch das Befühlen ergibt (Fig. 1); am linken Ohre ist dies an gleicher Stelle, nur in geringerem Grade der Fall.

Das Kind schielt mit dem rechten Auge, hat Zuckungen in den Armen, zeigt keine Aufmerksamkeit, stößt nur unartikulirte Laute aus; es kann nicht stehen, ist unreinlich. — Ich sah dasselbe erst wieder, als es 3 Monate später gestorben war. Die Sektion ergab:

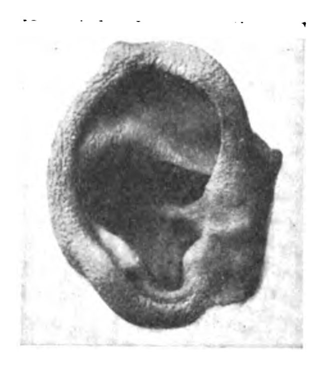


Fig. 1.
Ohr im Sinne Darwin's, natürliche Größe.

Schädeldach sehr dünn, Dura längs der Mittellinie etwas über 1 cm breit festgewachsen, mit vielen, teilweise sich kreuzenden Sehnenfasern. Der Längs-Sinus weit, das Blut darinn geronnen. Windungen nicht sparsam, asymmetrisch, Furchen ziemlich tief. Die inneren Ventrikel durch Wasser erweitert, ebenso der Eingang zum Rückenmarkskanal. Das verlängerte Mark nach hinten zusammengepreßt. Diagnose: Leptomeningitis.

Ein Querschnitt durch den am oberen Rande des Helix des rechten Ohres befindlichen Vorsprung zeigt, daß der Knorpel ununterbrochen gleichmäßig örtlich stärker nach oben entwickelt ist.

Es liegt hier also eine gewiß seltene Ohrverbildung bei einem schwachsinnigen Kinde vor. Daß verbildete Ohren eine Beziehung zu Sitten, Temperament, Tätigkeiten des Geistes ihrer Träger haben, gibt schon Dalla Porta [1]) ein Vorläufer Darwin's, an. In seinem Werke schreibt er über die Ohren unter anderem folgendes:

„Aber wenn die Ohren gerade und übermaßen ausgereckt sind, so zeigen sie Dummheit, Geschwätzigkeit an; das hat Aristoteles in dem „Buche über die Tiere“ geschrieben hinterlassen, und nach

[1]) Dalla Porta, Fisonomia del' huomo. In Venetia 1652.

ihm PLINIUS und GALENUS. PLINIUS jedoch erwähnt das große und nicht das gerade und läßt es dabei und urteilt nach seiner Weise und weiß nicht, wie wichtig der kleinste Teil eines jeden ist."

„Im Gegensatz zu den vorigen sind die mit kleinen und abgestutzten Ohren schurkisch und ausschweifend."

„Die ungestalteten und sehr runden Ohren zeigen Stagnation des Geistes an."

Eine allgemeine Beachtung, zunächst unter den Irrenärzten, fand dann die Angabe von MOREL [1]), welcher zuerst darauf aufmerksam machte, daß bei erblich belasteten Geisteskranken außer Verbildungen anderer Organe auch solche an den Ohren vorkämen. Er schreibt: „Ich habe in einer großen Zahl von Fällen einzelne Abweichungen bei Entarteten gefunden, welche sich zusammenfassen lassen 1. in dem fehlerhaften Ansatz des Ohres, 2. in der Vergrößerung oder dem Schwund der Formen desselben, 3. in der zurückgebliebenen Entwicklung ja sogar dem Fehlen einzelner Teile (Helix, Antelix, Ohrmuschel, Tragus, Antitragus)." Es gilt zur Zeit wohl als sicher, daß bei erblich Belasteten, bei Epileptischen, Idioten und Geisteskranken verbildete Ohren im Verhältnis häufiger vorkommen als bei Gesunden.

Was nun die Bildung einer Spitze am Ohre anlangt, so war es zuerst DARWIN [2]), der zugunsten der Descenzlehre auf das Vorkommen eines kleinen stumpfen, von dem inneren Rande des Helix vorspringenden Knötchens aufmerksam machte. Dieses Knötchen springt nicht bloß nach innen, nach dem Mittelpunkte des Ohres hin, sondern oft etwas nach außen von der Ebene des Ohres vor, ist in der Größe und auch etwas in der Stellung verschieden, indem es entweder etwas höher oder tiefer steht. (Figur 2.) Mir scheint, sagt DARWIN, meine Ansicht, daß diese Vorsprünge Überreste der Spitzen früher aufgerichteter und zugespitzter Ohren seien, die wahrscheinlich richtige zu sein.

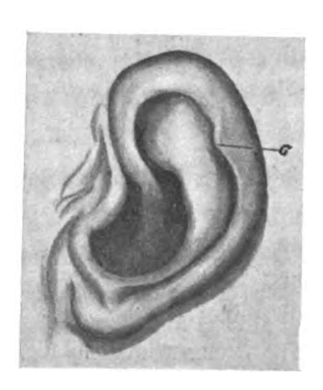


Fig. 2.
DARWIN's Ohr aus „Abstammung d. Menschen".
a = der vorspringende Punkt.

[1]) MOREL, Traité des dégénérescenses physiques, intellectuelles et morales des l'espèce humaine. Paris 1857.

[2]) DARWIN, Die Abstammung des Menschen, übersetzt von CARUS 1. Bd., 3. Aufl., Stuttgart 1875.

Es gibt dann Bertillon [1]) in dem Album seines Werkes die Abbildung eines Ohres, bei welchem an der Spitze desselben ein knorpliger Auswuchs sehr deutlich und isoliert hervortritt und, wie er schreibt, infolge seines dünnen Hautüberzuges mehr oder weniger weiß und perlmutterartig erscheint. Diese Form, fügt er hinzu, ist sehr selten und man findet sie nur an Ohren mit großem und geschlossenem Rande. (Fig. 3.)



Fig. 3.
Darwin-Knoten, erbsenförmig, aus „Bertillon's anthropometr. Signalement".

Es kommt diese Bildung dem von Darwin als Überbleibsel früher zugespitzten Ohren gedachten schon näher, aber die Knötchenform ist nicht ein Vorsprung der fortlaufenden Knorpelfalte des Helix, sondern durch eine Unterbrechung des Knorpels, beiderseits Lücken bildend, entstanden.

Die Seltenheit meines zu Anfang beschriebenen Falles von Ohrverbildung besteht nun darin, daß das vorspringende Knötchen, welches Darwin am Übergange vom queren zum absteigenden Teile des Helix beschreibt, ziemlich an der Spitze des Ohres gelegen ist und zwar nicht nach innen gerichtet, sondern nach oben, nicht durch Lückenbildung im Knorpel, wodurch ein inselförmiges Knötchen erscheint wie im Falle Bertillon, sondern ein wirkliches stärkeres Vorspringen des Knorpels selbst, wie das Befühlen und ein vorgenommener Durchschnitt beweist.

Insofern kann ich in der Überschrift von einer Ohrspitze im Sinne Darwins reden.

Wie Dalla Porta dem Plinius vorwirft (siehe oben), daß er nicht wisse, wie wichtig der kleinste Teil eines jeden Ohres sei, so sagt auch Darwin in einer früheren Auflage seines Werkes „Die Abstammung des Menschen": „Man könnte glauben, daß die Knötchen am Ohre einen so unbedeutenden Charakter darbieten, daß sie kaum der Bemerkung wert sind! Dieser Glaube ist indes ebenso falsch als natürlich. Jedes Merkmal, so unbedeutend es auch sein mag, muß das Ergebnis irgend einer bestimmten Ursache sein."

---

[1]) Bertillon, Das anthropometrische Signalement. Deutsch von v. Sury. 2. Aufl. Bern u. Leipzig 1895. Album. Tafel 57, Nr. 4.

Besprechungen.

Louis Ahl, Lehrer an der Hilfsschule in Erfurt, Geistig Minderwertige und Heeresdienst. Zeitschr. f. d. Behandlg. Schwachsinniger usw. Januar 1907.

Verf. weist darauf hin, „daß es den Militärärzten beim besten Willen nicht möglich ist, geistige Minderwertigkeit bei der Auswahl des Heeresersatzes genügend zu berücksichtigen". Er begründet dies damit, daß so viele Ausgehobene beim Militär infolge ihrer Geistesschwäche völlig scheitern und daß 1901/02 377 Geisteskranke, 429 Fallsüchtige, 329 Neurasthenische und 242 Hysterische als Rekruten zur Einstellung gelangten.

Schwachsinnige können sich nur sehr schwer in die Heeresdisziplin fügen, werden deshalb sehr oft bestraft und bilden eine Crux für die ganze Truppe.

Nach dem Vorgang KIELHORN-Braunschweig reichten deshalb eine Reihe von Hilfsschullehrern ihre Gutachten über frühere Schüler bei der Ersatzkommission ein mit dem Erfolge, daß z. B. in Erfurt während der letzten 2 Jahre kein früherer Hilfsschüler in das Heer eingestellt worden ist. Weiter hat der Hilfsschullehrer CURRIÈ durch das M. d. R. A. SEMMLER eine Petition an den Reichstag gelangen lassen, deren Inhalt in 5 Thesen besteht, die ein Hand in Handarbeiten von Schul- und Militärbehörden verlangen, damit in Zukunft auf Grund eingereichter Listen früherer Hilfsschüler geistig minderwertige Rekruten nicht mehr eingestellt werden. Erreicht wurde bereits, daß das Preußische Kultusministerium (unter dem 7. XI. 06) angeordnet hat, daß solche Listen nebst pädagogischen und ärztlichen Gutachten bei der Ersatzkommission eingereicht werden.

Das Kultusministerium hat also bereits getan, was von psychiatrischer Seite gefordert werden muß, daß bei der ganzen Sache auch der Arzt gehört werden muß. Die Militärbehörde aber, für die bekanntlich ja das Zeugnis eines Nichtmilitärarztes nur im Ausnahmefall Gültigkeit hat, wird ja auch weiter verlangen können, daß ihre Ärzte sich die früheren Hilfsschüler ansehen; und von dieser Seite, etwa unter Mitwirkung eines psychiatrisch vorgebildeten Militärarztes, wird hoffentlich auch in Zukunft die Entscheidung getroffen werden. Nützlich werden die eingereichten Listen zweifellos sein, aber sie dürfen nicht ausschlaggebend sein, denn erstens hat der Lehrer seine früheren Schüler oft 4—6 Jahre nicht mehr gesehen und zweitens sind eben auch frühere Hilfsschüler meist Gehirnkranke.

HOPF-Potsdam.

M. Kirmsse, Neu-Erkerode, Braunschweig, Das Schwachsinnigenwesen der Vereinigten Staaten von Nordamerika im letzten Jahrzehnt. Zeitschr. f. d. Behandlg. Schwachsinniger usw., Mai 1907.

In Nordamerika hat das Hilfsschulwesen keine Anhänger, es dominiert der Anstaltsbetrieb. Es gibt jetzt 28 staatliche, 35 private und 5 Epileptikeranstalten. In Staatsanstalten befinden sich 16 000 Zöglinge, in Privatanstalten ca. 12 000. Die Privatanstalten, die nicht Erwerbszwecken dienen, sind meist von geistlichen Korporationen ins Leben gerufen. Die jüngste Staatsanstalt in Missouri kostet 1 Million Dollar und ist in Pavillonstil erbaut. Um alle 110 000 Schwachsinnigen unterzubringen (Verhältnis zur Bevölkerung 1000 : 1,4) muß die Fürsorge verfünffacht werden, in Deutschland entbehren $^2/_3$ der zweckmäßigen Fürsorge.

Der Unterricht liegt in Amerika meist in weiblichen Händen. Ackerbau, Werkstättenarbeit, ja Erlernung von allerlei Künsten wird betrieben. Die Leitung der 28 Staatsanstalten wird von 22 Ärzten, 5 Pädagogen und einer Dame, die der Privatanstalten von 18 Damen, 8 Ärzten, 6 Pädagogen, 3 Pastoren geführt. (Man beachte die Mehrzahl der Ärzte und die Minderzahl der Pastoren.) Epileptiker befinden sich teils wie bei uns in reinen Epileptikeranstalten, teils in den Idiotenanstalten. Mehrere neue Epileptikeranstalten sind geplant. HOPF-Potsdam.

Georg Büttner, Worms, Fürsorgeverein für ehemalige Hilfsschüler. Zeitschr. f. d. Behandlg. Schwachsinniger usw., Mai 1907.

Verf. empfiehlt in warmer Weise die Gründung von Vereinen, die sich der ehemaligen Hilfsschüler annehmen sollen. Die Arbeit des Vereins soll bestehen: 1. In der Ausbildung zu einem praktischen Beruf, wozu wirtschaftlich tüchtige, sittlich einwandfreie Lehrmeister, Dienstherrschaften, Pfleger aufgesucht werden. 2. In der fortgesetzten Überwachung der Erziehung der Kinder. 3. In der Gewährung von Beistand in Notlagen sowie in der Gewährung von Schutz gegen die Gefahren der krankhaften Veranlagung und die des öffentlichen Lebens. 4. In der Unterbringung der dieser Maßnahmen bedürftigen Kinder in passenden Pflegeanstalten. In einer Reihe von Städten, wie Berlin, Breslau usw. bestehen schon derartige Vereine. HOPF-Potsdam.

Im Mai-Heft der Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger usw. wird aufgefordert, das „ziemlich lose Band“ der einzelnen Mitglieder der Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen durch Gründung „einer großen, allgemeinen Gesellschaft aller Interessenten des Anstalts-Schwachsinnigenwesens“ unter Ausschluß des Hilfsschulwesens enger zu knüpfen. Wie sich nun die Ärzte zu dieser Frage stellen sollen, das bedarf noch dringend der Besprechung. Meiner Ansicht nach müssen entweder dann alle Direktoren, die Ärzte sind, beitreten, oder gar keiner. Das muß jedenfalls in Zukunft vermieden werden, daß Anträge an die Regierungen gelangen, die anscheinend von allen Interessenten ausgehen, in Wahrheit aber mit Niederstimmung oder gar Nichtanhören der Ärzte beschlossen wurden. — Weiter befindet sich in der Mainummer noch ein äußerst bezeichnender Bericht über die „Freie Vereinigung für Heilpädagogik in

Zwickau". Herr Schuldirektor GRUNEWALD-Planitz sprach über den Mineralstoffwechsel bei Idioten auf Grund des Artikels im ersten Heft dieser Zeitschrift. Es wird von der „Therapeudie" gesprochen und es entwickelt sich „eine äußerst rege und vielseitige Debatte", in der Herr Bezirksschulinspektor Dr. SCHERFIG auf die hohe Bedeutung der Schilddrüse hinwies und Herr Hilfsschuldirektor WEISS den geschichtlichen Gang in der Erforschung der Schilddrüse von BASEDOW an besprach. Zwickau liegt bekanntlich im goldenen Land der Kurpfuscherei und man weiß nicht, soll man lachen oder soll man sich ärgern über eine derartige Anmaßung, eine äußerst rege und vielseitige Debatte über rein medizinische Dinge zu führen, wenn man doch davon höchstwahrscheinlich recht wenig versteht. Ja, wenn man „Heilpädagog" ist! HOPF-Potsdam.

1. **E. A. Homén**-Helsingfors, Weitere Beiträge zur Kenntnis der Lues hereditaria tarda, speziell des Nervensystems.
2. **M. de la Chapelle,** Ein Fall von Lues hereditaria tarda des Nervensystems mit Sektion. Sonderabdrucke aus den Arbeiten aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Helsingfors. Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. HOMÉN. Bd. I, Heft 3, Berlin 1906.

Im 24. Band des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten beschrieb HOMÉN 1892 drei sehr gleichartig verlaufene Fälle einer Krankheit des zentralen Nervensystems bei 3 Geschwistern einer Familie, welche durch folgende Eigentümlichkeiten charakterisiert war: Beginn ohne nachweisbare Ursache im Alter von 10, 12 und 20 Jahren mit Schwindel, Gefühl von Kopfdruck und Mattigkeit, daneben Abnahme der Intelligenz und besonders des Gedächtnisses. Unsicherer Gang, diffuse Schmerzparoxysmen, allmählich (etwa innerhalb 2 Jahren) sich entwickelnde artikulatorische Sprachstörung. — Im weiteren Verlaufe fortschreitende Spasmen, die zu schweren Kontrakturen, besonders der Beingelenke führten und die Kranken völlig hilflos machten. Schwere progrediente Demenz; weitere Abnahme des Sprachvermögens, so daß schließlich fast nur noch unartikulierte Laute hervorgestoßen wurden. Außer den bisher genannten körperlichen Symptomen sind noch ein beträchtlicher Grad von Infantilismus der sämtlichen drei Geschwister, sowie eine gewisse Trägheit der Pupillenreaktion bemerkenswert. Der Tod trat nach $3^1/_2$, 7 resp. 6 Jahren ein, das eine Mal unter den Erscheinungen allmählich zunehmenden Verfalles, zweimal durch eine hinzutretende akute Krankheit. Auch der Sektionsbefund war in den drei Fällen fast übereinstimmend: Verdickung des Craniums, der Dura und Pia. Stellenweise Adhärenz der letzteren mit der Rinde. Niederes Hirngewicht. Sklerotische Flecken in den Hirnarterien, Kleine Erweichungen in den Linsenkernen. Mikroskopisch: Hauptsächlichste Veränderungen im Frontalhirn und zwar: Verminderung der Markfasern, Degeneration von Nervenzellen, Gliawucherung, Gefäßveränderungen bestehend in sklerotischer und hyaliner Verdickung der Wand, Lymphscheideninfiltration, umschriebenen endarteritischen Stellen. Von pathologischen Veränderungen in anderen Organen werden erwähnt: diffuse Lebercirrhose in allen drei, deutliche Milzvergrößerung in zwei Fällen.

Der gleichen Familie, aus welchen HOMÉN vor 15 Jahren drei Ge-

schwister beschrieben hat, ist der Hauptteil seiner neuen Publikation gewidmet. Die schon damals geäußerte Annahme, daß es sich um eine durch (objektiv und anamnestisch nicht nachweisbare) Lues der Eltern bedingte Familienerkrankung handle, ist im Verlaufe der Jahre durch verschiedene Momente bestärkt worden. 1892 sprachen für diese Ansicht: Abortus der Mutter im ersten Jahre der Ehe, große Mortalität unter den (11) Kindern, Infantilismus der beschriebenen Fälle, und der erwähnte Sektionsbefund, bei welchem HOMÉN den Hauptnachdruck auf die Gefäßerkrankung in dem so jugendlichen Alter legt. Neuerdings angestellte histopathologische Untersuchungen KARVONEN's über die Niere eines der früheren Fälle, welcher die von ihm bei kongenitaler Lues beschriebenen, als Entwicklungsstörung gedeuteten Veränderungen in ausgesprochenster Form nachzuweisen vermochte, waren im gleichen Sinne verwertbar. Wichtiger aber und von großem allgemeinen Interesse ist die weitere Entwicklung der nach der ersten Publikation noch lebenden drei Kinder. Von diesen starb eins, 8 Jahre alt, an einer fieberhaften Halskrankheit. Das zweite, ein Mädchen, erkrankte mit 18 Jahren unter fast genau den gleichen Erscheinungen wie die früher gestorbenen Geschwister und erlag trotz vorübergehender antisyphilitischer Behandlung ihrem etwa 2 Jahre währenden Leiden. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab im wesentlichen den gleichen Befund wie die drei erst erwähnten Fälle; in den Nieren wies KARVONEN eine hochgradige Aplasie der MALPIGHI'schen Körperchen und starke Ersatzwucherung des Bindegewebes nach. Kurz nach dieser Schwester wurde auch das letzte überlebende Kind im Alter von 17 Jahren von der gleichen Krankheit ergriffen. Sie begann mit Kopfschmerz, Schwindel, erhöhter Ermüdbarkeit; später kamen hinzu anfallsweise auftretende Schweißausbrüche, Zittern des ganzen Körpers, Steifigkeit der Beine und des Nackens, Schwerfälligkeit der Sprache. In einem verhältnismäßig frühen Stadium seines Leidens kam der Kranke in die Behandlung HOMÉN's und wurde einer energischen Quecksilber- und Jodkalitherapie sowie einer Mastkur unterzogen, welche während einer fast $1^1/_4$ jährigen Krankenhausbehandlung mit Unterbrechungen fortgesetzt werden konnte. Schon wenige Wochen nach der Entlassung machten sich die alten Symptome wieder bemerkbar. Neuerliche energische antiluetische Medikation führte in 4 Monaten zu weitgehender Besserung, so daß der Kranke anfangen konnte, sich mit einfachen körperlichen Arbeiten zu beschäftigen. Doch schon nach 3 Monaten begann es wieder mit Zittern und Gewichtsabnahme, so daß eine dritte Aufnahme im Krankenhause 4 Monate nach der Entlassung erfolgen mußte. 10 Monate lange Behandlung führte zu weitgehender, scheinbar anhaltender Besserung, doch wieder traten einige Wochen nach der Entlassung die alten Beschwerden (Müdigkeit, Zittern, Schwindel, Schweißausbrüche) auf. Neuer Aufenthalt im Krankenhaus von $4^1/_2$ Monaten, derauf fast $^1/_2$ Jahr frei von Beschwerden. Nach nochmaliger Behandlung von einigen Monaten Wohlbefinden von etwa $2^1/_2$ jähriger Dauer. Schon auf die ersten Erscheinungen hin suchte der Kranke das Spital (zum sechsten Male) auf, aus dem er nach etwa 4 Monaten so gut wie geheilt entlassen werden konnte. Er reiste darauf nach Amerika, verdiente dort durch schwere körperliche Arbeit so gut, daß er bei der Rückkehr nach 3 Jahren eine

größere auf seinem Hofe lastende Schuld zu zahlen imstande war, und erfreute sich seither (bis $3^1/_2$ Jahre nach dem letzten Spitalaufenthalt) andauernden Wohlbefindens.

Die ausführlich mitgeteilte Familiengeschichte, welche in der Publikation HOMÉN's noch durch eine Anzahl von ihm ebenfalls mit großer Wahrscheinlichkeit als „Lues hereditaria tarda" des zentralen Nervensystems aufgefaßter Fälle ergänzt ist, bietet nach zwei Richtungen ein großes Interesse dar. Vor allem ist der Erfolg der konsequent durch Jahre fortgesetzten energischen antiluetischen Behandlung bei diesem erst gegen Ende des zweiten Lebensjahrzehnts auf offenbar hereditärer Basis auftretenden organischen Erkrankung des zentralen Nervensystems höchst bemerkenswert und ermuntert zu gleichen Versuchen in den nach HOMÉN's Erfahrungen scheinbar nicht ganz seltenen Fällen ähnlicher Art. Ferner regen aber die Fälle HOMÉN's zu den verschiedensten theoretischen Erörterungen an, welche hier nur kurz berührt werden können. Vornehmlich: Wie verhält sich die geschilderte familiäre Krankheit (daß sie bei allen Geschwistern wirklich die gleiche war, ist höchst wahrscheinlich, wenn auch nicht absolut sicher gestellt) zu der noch verhältnismäßig wenig bekannten juvenilen Form der progressiven Paralyse? Daß diese letztere in Fällen, welche durch eingehende histologische Untersuchungen mit aller Sicherheit diagnostiziert werden konnten, gelegentlich fast durchaus den gleichen Verlauf nimmt, wie die 1892 ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten HOMÉN's, lehrt eine Beobachtung, welche Ref. demnächst zu veröffentlichen gedenkt. HOMÉN führt gegen die Annahme einer Paralyse einige klinische Bedenken (Fehlen der Pupillarsymptome, der charakteristischen Sprachstörung, des Lippenzitterns, der paralytischen Anfälle), speziell aber die Ergebnisse der Sektion (Arteriosklerose, fehlende Ependymgranulationen, KARVONEN'sche Nierenveränderung) und der mikroskopischen Hirnuntersuchung (hervortretende „arteriosklerotische" Gefäßveränderung, weniger ausgesprochene Alteration der nervösen und gliösen Elemente, geringe Lymphscheideninfiltrate, kaum bemerkbare Störung in der Anordnung der Rindenschichten) ins Feld. Dagegen wäre zu sagen, daß gerade die auf hereditär luetischer Basis sich entwickelnden Fälle von progressiver Paralyse sich in klinischer Beziehung wenig typisch zu entwickeln pflegen, und daß bei ihnen in manchen Fällen die bekannten histologischen Veränderungen in der Großhirnrinde gegenüber hochgradiger Zerstörung des Kleinhirns zurücktreten. Falls es sich aber wirklich um eine eigentliche luetische Erkrankung des Gehirns handelt, wofür Ref. in erster Linie der günstige Erfolg der antiluetischen Therapie im letzten Falle zu sprechen scheint, wäre weiter zu fragen: Haben wir es mit einer „treponematischen" Form der kongenitalen Hirnlues zu tun, oder fehlt an den Orten der entzündlichen Hirnveränderungen die als Erreger der Syphilis neuerlich erkannte Spirochaete pallida? Daß wir bereits beim kongenital luetischen Neugeborenen zwei Formen der Hirnveränderungen nach der angedeuteten Richtung zu unterscheiden haben, dürfte nach demnächst erscheinenden Untersuchungen des Ref. höchstwahrscheinlich sein, und es erscheint von großem theoretischem Interesse, diese Formen von den parasitären luetischen Erkrankungen

einerseits, den metasyphilitischen Läsionen (speziell der Paralyse) andererseits histologisch zu trennen.

Noch verdächtiger auf eine juvenile Paralyse als die von HOMÉN geschilderten Krankheitsbilder ist der unter 2. genannte von LA CHAPELLE aus dem pathologisch-anatomischen Institut von Helsingfors mitgeteilte Fall. Hier handelt es sich um ein im Alter von etwa $2^1/_2$ Jahren erkranktes Kind, dessen Vater sich etwa $3^1/_2$ Jahre vor der Geburt dieses Knaben luetisch infiziert hatte. Die Krankheit begann mit einem Anfall von Bewußtlosigkeit, der rechtsseitige Lähmung und Aphasie zur Folge hatte. Nach antiluetischer Behandlung besserten sich die Lähmungserscheinungen, doch war eine progrediente Demenz unverkennbar. Im Alter von etwa $4^1/_2$ Jahren stellten sich Beugekontraktur im rechten Handgelenk, spastische Parese des rechten Beines und epileptiforme Anfälle ein; daneben wurde Differenz und träge Lichtreaktion der Pupillen bemerkt. Nach erneuter antiluetischer Behandlung sistierten die Anfälle für etwa $^1/_2$ Jahr, dann aber nahmen sie an Häufigkeit und Schwere zu, die Intelligenz verschlechterte sich zusehends. Nach verschiedenfacher, erfolgloser Krankenhausbehandlung wurde der Knabe im Alter von 13 Jahren in HOMÉN's Abteilung für Nervenkranke aufgenommen. Er hatte das Gehvermögen völlig eingebüßt, lag mit rigiden, verkrümmten Extremitäten meist auf einer Seite. Es bestand Strabismus convergens beider Augen. Sehnenreflexe waren nicht auslösbar, das BABINSKY'sche Zeichen an beiden Füßen vorhanden. Die psychischen Leistungen des Kindes waren auf ein Minimum reduziert. Unter häufigen Krampfanfällen, die sich zeitenweise täglich mehrmals wiederholten und stets zuerst in der rechten Seite auftraten, starb er, etwa $13^1/_2$ Jahr alt. Die Sektion ergab: Hypotrophie der rechten Extremitäten, Verdickung des Kraniums, beträchtliche Atrophie der linken Hemisphäre, besonders in der Gegend der Zentralwindungen und der angrenzenden frontalen und parietalen Partien, Adhärenz der Pia am Kortex, speziell in den genannten Gegenden, Ependymgranulation, keine auffälligen Veränderungen der Hirnbasisgefäße. Mikroskopisch ließ sich nachweisen: piale Infiltration mit Lymphocyten und Plasmazellen, sowie deutliche „Aufquellung" der pialen Gefäßendothelien. Infiltration der Rindengefäße mit Lymphocyten, Plasmazellen und vereinzelten Mastzellen, Endothelschwellung, weitgehende Rindenveränderungen, besonders an den Stellen stärkster Atrophie und Pialadhärenz; in manchen Gebieten auffallende Gefäßneubildung. Die genannten Veränderungen fanden sich auf beiden Seiten des Gehirns, über sämtliche Lappen zerstreut. RANKE-Heidelberg.

Sanitätsrat Dr. **L. Laquer**, Die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen, in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, herausgegeben von Professor SOMMER, II, 2 S. 463, Halle 1907.

LAQUER hat seine reichen Erfahrungen in Frankfurt gesammelt, das auf dem Gebiete der Fürsorgeerziehung Vorbildliches leistet. Er betont, daß Lehrer und Ärzte in gemeinsamer Beratung geistige Mängel feststellen sollen, die Sonderunterricht in der Hilfsschule notwendig machen. Die

Hilfsschulen haben psychiatrisch gebildete Schulärzte notwendig. Die entlassenen Hilfsschüler bedürfen langjähriger Fürsorge durch Fürsorgevereine, auch Berufsvormünder. Debile und Schwachsinnige sollen nach der Schulentlassung in besonderen Anstalten zur Arbeit erzogen werden; empfehlenswert sind Arbeitslehrkolonien mit Anschluß an Lehrstellen und Familienpflege bei Kleinmeistern unter ländlichen Verhältnissen. Zur Beseitigung der Mängel der gesetzlichen Fürsorgeerziehung müssen Psychiater mitwirken. Wichtig sind Personalbogen über Schwachsinnige für die Armen-, Justiz- und Heeresverwaltung. WEYGANDT.

G. Flatau, Nervenarzt in Berlin, Behandlung nervöser Kinder in Schulsanatorien. Therapie der Gegenwart, 1906, Heft 12.

Schulsanatorien sollen ausgesprochen nervöse Kinder aufnehmen, die Entwicklung der nervösen Anlage tunlichst verhindern und die Möglichkeit einer für das praktische Leben brauchbaren Ausbildung darbieten. Als Muster wird das Ostsee-Schulsanatorium „Kinderheil" bei Kolberg genannt. WEYGANDT.

Sanitätsrat **Loth,** Die Stellung des Arztes bei der Überführung der Kinder aus der Volksschule in die Hilfsschule, in der Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege XIX, 1906, S. 605.

Der Aufsatz empfiehlt eine Aufnahmeprüfung des fraglichen Kindes durch Klassenlehrer, Volksschulrektor, Hilfsschulleiter und Hilfsschularzt. Für Kinder, die „bei geistiger Gesundheit sich geistig lang entwickeln" und 1—2 Jahre in der untersten Volksschulklasse nicht fortkommen, empfiehlt er Privatunterricht oder Mannheimer Förderklassen. Letztere Kinder als qualitativ verschieden und geistig gesund den pathologischen Schwachsinnigen gegenüberzustellen, hält der Ref. für wissenschaftlich unhaltbar. WEYGANDT.

Henriette Herzfelder, Die gemeinsame Erziehung der Geschlechter, in Sozialer Fortschritt Nr. 92/93, Leipzig 1907. Verlag von Felix Dietrich.

Die Verfasserin bespricht die Frage der Koëdukation in überzeugender Weise mit durchaus bejahendem Ergebnis und kann dabei auf die Erfolge dieser Einrichtung in Amerika hinweisen. WEYGANDT.

Johannes Kurth, Das Taubstummenbildungswesen im 19. Jahrhundert in den wichtigsten Staaten Europas. Ein Überblick über seine Entwicklung. Im Verein mit ausländischen Vertretern herausgegeben. Breslau 1902. Korn. 428 Seiten.

In dem Werke ist auf Grund ausgedehnter Studien eine reiche Fülle von Material zusammengetragen. Die Geschichte des deutschen Taubstummenwesens ist naturgemäß wesentlich eingehender als die der anderen Länder behandelt worden. Sie umfaßt allein 150 Seiten. Die auf das Ausland bezüglichen Abschnitte sind entweder von Vertretern des Taubstummenwesens in den einzelnen Ländern selbst geschrieben, oder es ist von diesen dem Verf. das erforderliche Material zugänglich gemacht. Das Buch muß neben den Fachleuten auch Nichtfachleute, die Interesse an der Taubstummenbildung nehmen, fesseln, da es durchweg anregend ge-

schrieben ist und in nicht zu umfangreicher Form ein klares Bild nicht bloß der geschichtlichen Entwicklung, sondern auch des gegenwärtigen Standes der Taubstummenbildung bietet. HENZE.

Göbelbecker, Das Kind in Haus, Schule und Welt. Ein Lehr- und Lesebuch im Sinne der Konzentration für das Gesamtgebiet des ersten Schulunterrichts auf neuen Bahnen und den kleinen Anfängern gewidmet. Mit 78 großen Gruppenbildern und Einzelillustrationen. 7. Auflage. Verlag von O. Nemnich, Leipzig. 75 Pfg.

Eine hervorragende Leistung, die sich ganz bedeutend über das Gros der gebräuchlichen Fibeln erhebt. In Anbetracht der Ausstattung muß der Preis als erstaunlich billig bezeichnet werden. Das Buch ermöglicht völlige Einheitlichkeit des gesamten Anfangsunterrichts, indem sowohl die bildlichen Darstellungen als auch der gesamte Lesestoff dem Lebenskreise des Kindes entnommen sind. Auswahl und Anordnung des Stoffes verdienen hohe Anerkennug. Für den Gebrauch des Buches in Schulen usw. für geistesschwache Kinder liegen gewisse Schwierigkeiten vor in der Fülle des Stoffes und in der Vereinigung zu vieler Einzelheiten auf einer Anzahl der Gruppenbilder, die infolgedessen der erforderlichen Deutlichkeit ermangeln, während im übrigen gerade in den Gruppenbildern einer der Hauptvorzüge des Werkes zu erblicken ist. HENZE.

Dr. C. **Kneidl,** Beitrag zur Statistik und Ätiologie der Idiotie und Imbezillität. Revue v neurologii, Prag 1906.

A. stellte auf Grund der in der Prager Irrenanstalt vom Jahre 1884 bis 1903 untergebrachten Geisteskranken folgende Statistik der Idioten und Imbezillen zusammen. Von 21971 Geisteskranken und zwar 12378 Männern und 9593 Frauen waren 1328 Idioten und Imbezillen, das ist 6,04 Proz. und zwar 795 Männer, 533 Frauen. Von diesen waren bis auf einige Ausnahmen alle erwachsen und zwar wurden männliche Idioten meist im Alter von 15 Jahren, weibliche Idioten meist im Alter von 26—30 Jahren, Imbezille (männliche und weibliche) im Alter von 21—25 Jahren aufgenommen. Der Beschäftigung nach waren die Männer meist Arbeiter und Taglöhner (140 oder 17,61 Proz.), Handwerksgehilfen (91 oder 11,45 Proz.) und selbständige Handwerker (57 oder 7,17 Proz.), ohne Beschäftigung waren 74 oder 9,3 Proz. Von den Weibern waren die meisten Dienstboten (99 oder 18,57 Proz.) und Taglöhnerinnen (78 oder 14,63 Proz.), 35 (6,57 Proz.) ohne Beschäftigung, 11 (2,06 Proz.) Prostituierte, 13 (2,44 Proz.) Bettlerinnen. 73 Fälle (5,49 Proz.) und zwar 58 Männer (4,36 Proz.) und 15 Frauen (1,13 Proz.) sind also Brandleger, Diebe, wegen öffentlicher Gewalttätigkeit, Majestätsbeleidigung und sexueller Vergehen mit dem Gesetze in Konflikt geraten; fast alle diese waren dem Alkohol und der Onanie ergeben, eine große Zahl von ihnen unehelicher Herkunft. Die in der Anstalt untergebrachten Idioten und Imbezillen kamen und zwar 428 (32,33 Proz.) aus dem Elternhause oder von Verwandten, 386 (29,06 Proz.) wurden von der Polizei zugestellt, 305 (22,97 Proz.) von der Heimatsgemeinde, 209 (15,74 Proz.) aus Krankenhäusern, Gefängnissen, Korrektions- und anderen Anstalten. Von körperlichen Gebrechen und

Anomalien kamen vor Hydrocephalie 52, Mikrocephalie 29, asymmetrische Schädel 29, Palatoschisis 3, Struma 30, Verkrümmungen der Wirbelsäule 55, Hemiplegie 3, Genu vulgum 11, Genu varum 6, Pes planus 4, Pes vulgus 5, Pes varus 3, Syndaktylie 2, Nanismus 2, Kontrakturen im Knie- und Fußgelenk 2, Strabismus convergens 35, Strabismus divergens 16, Nystagmus 9, Hernia inguinalis 9, Hypospadie 4, Epispadie 3, Kryptorchismus 3, Akromyelie 4. Stumm waren 26 Männer, 21 Frauen, taubstumm 32 Männer und 23 Frauen, schwerhörig 38 Männer und 27 Frauen, taub 27 Männer und 19 Frauen, blind 3 Männer und 6 Frauen, Stotterer 35 Männer und 25 Frauen, Sigmatismus 24 Männer, 29 Frauen. Epileptiker sind in die Statistik nicht einbezogen. A. verzeichnet 27 Fälle von hysterischem Schwachsinn, 11 von neurasthenischem Schwachsinn und 13 Fälle Schwachsinn nach Chorea. Was die Zeit der Verpflegung in der Irrenanstalt anbelangt, beträgt dieselbe 1—6 Monate bei 215 Männern (27,04 Proz.) und 145 Weibern (27,20 Proz.), 1—2 Jahre bei 146 Männern (18,36 Proz.) und 91 Weibern (17,07 Proz.), 5—8 Jahre bei 53 Männern (6,67 Proz.) und 33 Weibern (6,19 Proz.). Im Durchschnitt starben im Jahre 23 Idioten, und Imbezille (13 Männer, 10 Weiber), die häufigste Todesursache war Tuberkulose 172 Männer (64,18 Proz.), 129 Frauen (67,90 Proz.). — Ätiologie. Vater Alkoholiker in 162 Fällen, geisteskrank in 68 Fällen, nervenkrank in 41 Fällen. Bei Mutter Alkoholismus in 37 Fällen, Geisteskrankheit in 105 Fällen, Nervenkrankheit in 52 Fällen. Bei beiden Eltern Alkoholismus in 29, Geisteskrankheit in 92 Fällen. In 154 Fällen waren die Geschwister geisteskrank, in 22 Fällen nervenkrank. Suicide werden in 28 Fällen, Blutsverwandtschaft in 3 Fällen angeführt. Von ätiologischen Momenten fand A. Rachitis in 49 Fällen, Lues in 16 Fällen, Trauma capitis bei der Geburt in 15 Fällen, Trauma capitis in den ersten Lebensjahren in 73 Fällen, vorzeitige Geburt in den ersten Lebensjahren in 6 Fällen, Gehirnhautentzündung im 1. Lebensjahre in 30 Fällen, Scharlach im 1. Lebensjahre in 45 Fällen, Morbilli im ersten Lebensjahre in 27 Fällen, Variola im 1. Lebensjahre in 22 Fällen, Diphtherie im 1. Lebensjahre in 22 Fällen, Typhus im 1. Lebensjahre in 39 Fällen. Von den Idioten und Imbezillen waren 37 (24 Männer und 13 Weiber) unehelicher Herkunft. Zum Schluß verlangt A. für diese Art der Geisteskranken selbständige Anstalten, eventuell sind diese in Familienpflege oder landwirtschaftlichen Kolonien unterzubringen.

M. U. Dr. HERFORT.

M. U. Dr. **Richard Imhofer,** Die Ohrmuschel bei Schwachsinnigen. Zeitschrift f. Heilkunde, XXVII. Bd., Heft XII, 1906. (Aus der Erziehungsanstalt für Schwachsinnige „Ernestinum“ in Prag.)

A. untersuchte die Ohrmuschel bei 100 Zöglingen der Prager Idiotenanstalt und zwar 65 männliche, 35 weibliche Idioten. Zum Vergleiche untersuchte er gleichzeitig 200 Ohren von Normalmenschen. Er bestimmte die Größenverhältnisse der Ohrmuschel nach SCHWALBE sowie den Abstandswinkel des Ohres vom Schädel und fand, daß das Schwachsinnigenohr im Durchschnitt etwas in der Größenentwicklung zurückgeblieben ist und daß der als Maß der Involution der Ohrmuschel dienende morphologische Index SCHWALBE's beim Idiotenohr in der Mehrzahl der

Fälle niedriger ist (110—170) als beim normalen Menschen (175,3 nach WILHELM), das Idiotenohr daher zwischen Affen- und Menschenohr steht. Der beim menschlichen Embryo und Affenohren deutliche untere Winkel der Ohrmuschel findet sich bei Idioten häufiger als bei normalen, dagegen finden wir eine deutliche DARWIN'sche Spitze, ein angewachsenes Ohrläppchen und eine über die Helix prominierende Anthelix (Wildermuthsches Ohr, vexes Ohr nach BERTILLON) gleich häufig bei normalen wie schwachsinnigen Individuen. Nach I. hat daher das WILDERMUTH'sche Ohr, das bis jetzt allgemein als eine für Idioten typische Ohrform angesehen wurde, sowie das angewachsene Ohrläppchen als Degenerationszeichen keine Bedeutung. A. resumiert seine Befunde in folgenden Sätzen: 1. Eine für Idioten charakteristische Ohrform gibt es nicht; 2. Abnormitäten der Ohrmuschel, von denen einige eine mindere Fortentwicklung in phylogenetischer und ontogenitischer Hinsicht andeuten, kommen bei Idioten in größerer Zahl vor als bei Normalen. Der Arbeit, welche auch die Entwicklungsgeschichte der menschlichen Ohrmuschel behandelt, sind Originalbilder eines nnrmalen menschlichen Ohres, von Idioten, Affenohren und Ohrmuscheln menschlicher Embryonen beigegeben. M. U. Dr. HERFORT-Prag.

Van Waveren, Kind und Gesetz in Holland. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik, 1906, p. 147.

Der Aufsatz schließt an an die drei sog. Kindergesetze (Holland, 1. Dez. 04), die einerseits ausreichenden Schutz der Minderjährigen in geistiger und körperlicher Beziehung bezwecken, andererseits die Behandlung jugendlicher Personen in strafrechtlicher usw. Beziehung regeln. Das Gesetz bedeutete für die holländischen Verhältnisse einen großen Fortschritt, die früher uneingeschränkte Gewalt der Eltern über ihre Kinder wird im Interesse der letzteren für besondere Fälle aufgehoben (Mißbrauch der elterlichen Gewalt, Gefährdung der Erziehung der Kinder, Vergehen gegen die Kinder usw.). Eine Neuschöpfung, die damit im Zusammenhang steht, ist der Vormundschaftsrat: er ist Beirat des Richters. Die strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen (Ges. vom 12. Febr. 01) bestimmt, daß bis zum 10. Lebensjahr der Täter als „Kind“ gilt. Wichtig scheint die Bestimmung, daß der Richter nach seinem Ermessen die Maßregeln für den konkreten Fall normieren, also individualisieren kann. Zu seinen Befugnissen gehört die Einweisung in eine Staatserziehungsanstalt. „Das System der Einsperrung jugendlicher Personen sehen wir für immer aus dem holländischen Recht beseitigt.“ Die neuen Mittel sind vor allem Zuchtschule und Verweis. Die einzelnen Normen der Behandlung müssen m Original nachgesehen werden. H. VOGT.

Polligkeit, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen. Mon. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform, 1906, p. 210.

Mit Recht betont Verfasser die Mängel der Einzelvormundschaft: Geeignete Vormünder sind nur schwer zu finden, viele empfinden ihr Amt als Last oder sind durch Berufsgeschäfte in der Wahrnehmung desselben stark behindert usw. Auch sind besonders in der Vormundschaft für

uneheliche Kinder die Anforderungen an den Vormund oft derart, daß ihnen ohne besondere Erfahrung und Fähigkeiten kaum genügt werden kann. Die Bestrebungen, die Verwahrlosung zu bekämpfen, hängen aber nach Maßgabe der bestehenden Rechtsverhältnisse ab gerade von einer Reform des Vormundschaftswesens. Erfahrungen liegen von verschiedenen Seiten vor (Frankfurt a. M., Berlin, Hamburg). Es werden die verschiedenen Gesichtspunkte, welche für die Berufsvormundschaft sprechen, erörtert, und dabei wird besonders der Wichtigkeit dieser ausreichende Individualisierung gewährleistenden Maßnahme für die Einleitung der Fürsorgeerziehung gedacht. Das Gutachten des Vormunds kann hier wichtige Fingerzeige geben, er kann der Behandlung den Weg weisen, ev. die Begutachtung durch den Psychiater herbeiführen. Schließlich weist Verf. auf die Bedeutung der Berufsvormundschaft für die Reform der strafrechtlichen Behandlung der Jugendlichen hin. Die Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. (Verf. ist deren 2. Vorstand) führt schon seit längerem den Kampf für dieses Problem, das — wie ohne weiteres zuzugeben ist — in erster Linie berufen erscheint, an den neuen schwierigen Problemen der Volkserziehung mitzuwirken. H. VOGT.

Puppe, Die strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen. Verh. des 27. deutsch. Juristentages, Bd. 4 p. 341.

Verf. begründet folgende Thesen (verkürzte Wiedergabe): 1. Die Pubertätszeit ist das Zeitalter der in strafrechtlicher Beziehung „Jugendlichen“.

2. Beginn der Geschlechtsreife im großen und ganzen: männlich 15 Jahre, weiblich etwas früher.

3. Ende der Pubertätszeit Ende des 2. Dezenniums.

4. Heraufrückung der unteren Grenze der relativen Strafmündigkeit auf das 14. Jahr, die obere Grenze kann bei 18 Jahren, wenn auch Bedenken vorliegen, eventuell bleiben.

5. Psychische Veränderung während der Pubertät: mangelnde Reife, verminderte Zurechnungsfähigkeit gegenüber Erwachsenen.

6. Zurechnungsfähigkeit ist im einzelnen Falle besonders zu prüfen, und zwar durch einen besonders geschulten Arzt. Jugendliche Verbrecher sind oft geisteskrank oder geistig minderwertig.

7. Geisteskranke kriminelle Jugendliche gehören in Irren- oder Idiotenanstalten.

8. Geistig minderwertige kriminelle Jugendliche müssen straffrei bleiben, aber der Zwangserziehung zugeführt werden.

9. Geistig normale kriminelle Jugendliche sind zu bestrafen, nachher eventuell der Zwangserziehung zuzuweisen.

10. Strafen: Verweis, Gefängnis (in beschränktem Maße, und zwar Isolierhaft). Bedingter Strafaufschub zu befürworten in reichlichem Grade.

11. Zwangserziehung: streng individualisierend. Erst Anstalt, dann Familie. Dauernde ärztliche Überwachung.

12. Verwahrlosende Jugendliche gehören rechtzeitig (nicht erst als ultima ratio, F. E. G.) in Zwangserziehung. H. VOGT.

K. Ziegler, Über Spiel- u. Unterhaltungsmittel für Schwachsinnige. Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger usw., Nr. 12.

Verfasser betont die Wichtigkeit des Spiels in der Erziehung der Schwachsinnigen, zumal der Spielbetrieb bei Schwachsinnigen nicht so stark ausgeprägt ist, wie bei geistig gesunden Kindern. Ich möchte diese Behauptung in ihrem ganzen Umfang jedoch nur für die apathischen Formen gelten lassen, da man gerade bei lebhaften Idioten oft ausgesprochene Lust am Spielen findet. Verfasser verlangt mit Recht einfaches, solides Spielzeug, das zur Selbsttätigkeit auffordert und zur Anregung des Ehrgeizes das Prinzip von Weltkämpfen, ferner Gesellschaftsspiele. Er verlangt verständige Spielleiter, beklagt jedoch, daß das Pflegepersonal oft recht ungeschickt sei. Verfasser führt jedoch nicht an, daß z. B. Kindergärtnerinnen, wie sie in mehreren Anstalten als Pflegerinnen eingestellt sind, sich in dieser Hinsicht sowohl bei den Patienten, als auch bei den anderen Wärterinnen durch gutes Vorbild recht bewährt haben. Dr. Hopf-Potsdam.

Dr. **Johannes Schöchl,** Über induzierte Krankheiten (Imitationskrankheiten), Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. LXIV, Heft 4, 1906.

Von 35 etwa zehnjährigen Schülerinnen einer Klasse wurden allmählich 21 befallen durch eine Schreibstörung. Nur beim Schreiben zeigte sich hochgradige Ataxie, während Handarbeiten noch gut erledigt wurden. Unter Faradisation verschwand die Störung in wenigen Tagen. Der Verf. möchte die Fälle nicht als hysterisch deuten.

Weygandt.

Dr. **J. Trumpp**, Dozent an der Universität München, leitender Arzt am Gisela-Kinderspital, Gesundheitspflege im Kindesalter. II. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter. II. Aufl. Stuttgart 1906. 1 M.

Kurz das Wesentliche zusammenfassend, in allgemeinverständlicher, klarer Sprache hehandelt T. zuerst allgemeine, die Schulpflicht betreffende Fragen, dann die Körperpflege, darauf erzieherische Gesichtspunkte und sodann besonders eingehend die Krankheiten der Schulkinder. Für unsere Leser seien die Kapitel der Übermüdung und der Hirn- und Nervenleiden, sowie Selbstbefleckung und Sprachgebrechen hervorgehoben. Anschaulich dargestellt sind besonders Veitstanz, Hysterie, Epilepsie, ferner psychopathische Minderwertigkeit. Ausführungen über die Pflege des kranken Kindes und über Berufswahl schließen das kleine, Eltern und Erziehern bestens zu empfehlende Buch. Weygandt.

Dr. jur. **D. Simons,** Die neuen niederländischen Gesetze betr. verwahrloste und verbrecherische Kinder. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1906, 7. Heft.

Wie überall hatten sich auch in den Niederlanden die den betr. deutschen Gesetzesparagraphen ähnlichen Bestimmungen über die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Jugendlichen als unzulänglich und ungeeignet erwiesen. Die Strafen übten weder eine abschreckende noch eine bessernde Wirkung aus; das Milieu, in welcher die Bestraften wieder

zurückkehrten, machte zumeist jeden Erfolg illusorisch. Auch die Erziehung in den staatlichen Zwangserziehungsanstalten hatte trotz vieler Verbesserungen keine dauernden Resultate; die Zahl der rückfälligen früheren Anstaltszöglinge erreichte eine bedauerliche Höhe.

Gebessert wurden diese Zustände durch die Tätigkeit des Vereins „Pro Juventute“, der neben dem Studium der Kriminalität Jugendlicher, vornehmlich praktische Zwecke verfolgte. Die erste Abteilung dieses Vereins, nur aus Advokaten und Anwälten bestehend, stellte auf Grund eines detaillierten Fragebogens eine genaue Untersuchung der in eine gerichtliche Verfolgung geratenen Jugendlichen nach Charakter, Anlagen, Milieu, näheren Umständen der Straftat usw. an und übergab ihre Ergebnisse mit einem Antrage der Staatsanwaltschaft. Eine zweite Abteilung dieses Vereins, aus Damen und Herren der verschiedenen gesellschaftlichen Kreise gebildet, übernahm eventuell das Patronat über die Angeklagten und brachte diese auf eigene Kosten in einer Privatanstalt oder einer Familie unter. Eine dritte Abteilung wieder übernahm in solchen Fällen, wo die Erziehungsgewalt der Eltern unzureichend war, unterstützend und beratend die Aufsicht und Miterziehung. Meistens wurden die Anträge des Vereins vom Staatsanwalt auch genehmigt. Ließen sich diese Wege nicht beschreiten und mußte die gerichtliche Verfolgung durchgesetzt werden, dann suchte der Vertreter des Vereins, als Anwalt des Kindes, dem Gerichte die Überzeugung beizubringen, dem Kinde fehle es an der zur Strafbarkeit erforderlichen Einsicht und an Stelle einer kurzen Strafe sei die Erziehung in einer Anstalt durchzuführen, selbst wenn die geistige Reife des Angeklagten eigentlich eine andere Entscheidung gefordert hätte. Auf diese Weise gelang es der Praxis unter Zusammenwirkung der sehr entgegenkommenden gerichtlichen Autoritäten, der Anwälte und der sich dem Patronat widmenden Personen, zumal auch der Damen, unter Umgehung der Verhängung gerichtlicher Strafen einen erfolgreichen Schutz der verbrecherischen Jugend zu erzielen.

Der große Nachteil aber, welcher diesem einer freiwilligen Organisation unterliegenden Verfahren anhaftete, lag in dem Umstande, daß die elterliche Gewalt im Interesse der Eltern und zum Schaden der Kinder jederzeit das Erziehungswerk unterbrechen und aufheben konnte, indem die Eltern stets die Zustimmung zur Unterbringung oder zum Belassen ihrer Kinder in einer Privatheilanstalt oder einer Familie zurückziehen konnten, und dem allenfalls nur damit begegnet werden konnte, daß der Verein die oftmals weniger vorteilhafte Unterbringung in einer staatlichen Erziehungsanstalt beim Richter beantragte.

Diesem Übelstande bringt das neue Gesetz über die verwahrlosten und verbrecherischen Kinder Abhilfe, das mit größter Übereinstimmung aller politischen Parteien im Jahre 1901 genehmigt wurde und am 1. Dezember 1905 nach Fertigstellung mehrerer durch das Gesetz erforderter Anstalten, der Strafschulen, zur Einführung gelangte. Und zwar zielt das Gesetz darauf hin, sich nach Möglichkeit des verwahrlosten Kindes schon anzunehmen, bevor dieses kriminell werden könnte, und es spricht daher den Eltern das Erziehungsrecht schon immer dann ab, wenn diese es an der nötigen Erziehung fehlen lassen und damit ihre Pflicht gegen ihre Kinder und gegen die Gesellschaft nicht erfüllen wollen oder können.

Das Gesetz wendet sich also einmal gegen schlechte und verbrecherische Eltern, um die Kinder deren verderblichem Einflusse zu entziehen, und sodann soll es den zur Erziehung ihrer Kinder unfähigen Eltern die Erziehungspflicht abnehmen, wenn dies den Interessen der Kinder nicht widerspricht und wenn der Besitzer der elterlichen Gewalt hiergegen Einspruch nicht erhebt.

Der Antrag hierzu kann vom Staatsanwalt oder von sog. „Voogdijraden“, besonderen Vormundschaftsbehörden, ausgehen, die in jedem Landgerichtsbezirk gebildet sind, deren Mitglieder verschiedener Religion und politischen Richtung angehören und, bis auf den Sekretär, ihr Amt unentgeltlich ausüben. Diesen fällt es ob, das zur öffentlichen Erziehung führende Verfahren vorzubereiten und einzuleiten. Die Erziehung und Pflege der verwahrlosten Kinder wird Privatpersonen und Privatvereinen überlassen, welche aus der Staatskasse die Versorgungskosten größtenteils erstattet bekommen.

Von größtem Interesse und von außerordentlicher Wichtigkeit ist nun bei diesem Gesetze weiter die Aufhebung der Bestimmung über die absolute Strafmündigkeit; es kann daher jedes Kind, so jung es sein mag, vor den Strafrichter gestellt werden. Damit hat der Gesetzgeber das Moment der Zurechnungsfähigkeit fast ganz beiseite gelassen, zugunsten der Ansicht, daß für alle Kinder eine geeignete und besonders eingerichtete Strafe zum Schutze der Gesellschaft möglich und am Platze sei. Das Gesetz überläßt es ganz dem Richter, den jugendlichen Angeklagten, gleichgütig ob er zurechnungsfähig und verantwortlich erscheint oder nicht, zu bestrafen oder nicht zu bestrafen, je nachdem er es im Interesse des Kindes und der Gesellschaft, unter Berücksichtigung der jeweilig obwaltenden Umstände für angezeigt hält. Es kann demnach hier das freieste individuelle Ermessen obwalten.

Als Grenze des privilegierten jugendlichen Alters wird in dem neuen Gesetz das vollendete 18. Lebensjahr angenommen. Innerhalb dieser Zeit wird bezüglich der Anwendung der Strafen noch ein Unterschied gemacht zwischen Kindern 1. unter und über 14 Jahren. Erstere können mit Verweis, Strafschule und Geldstrafe, letztere nur mit Strafschule und Geldstrafe bestraft werden. Und 2. wird noch ein Unterschied gemacht zwischen Jugendlichen unter und über 16 Jahren. Bei diesen letzteren nämlich können die Bestimmungen über das privilegierte Alter überhaupt außer acht gelassen und der Angeschuldigte demgemäß einem Erwachsenen gleich behandelt werden, bis auf die bei ihm nicht zu verhängende Haftstrafe. Sodann aber kann er auch nicht ohne Auferlegung einer Strafe überhaupt den Eltern oder Vormund zurückgegeben werden, und es ist die Bestimmung getroffen, daß diese älteren Jugendlichen auch zur gewöhnlichen Gefängnisstrafe verurteilt werden können, die sonst für die Jugendlichen ganz ausgeschlossen ist.

Für die Geldstrafe ist ein Höchstbetrag von 90 Gulden festgesetzt, der möglichst aus den eigenen Einkünften der Jugendlichen zu erstatten ist. Wenn die Beitreibung nicht gelingt, tritt die Aufnahme in eine Strafschule ein. Der Verweis wird an noch nicht 14 Jahre alte Verurteilte in nicht öffentlicher Verhandlung ausgesprochen. Über die Einrichtung der Strafschulen, deren 4 schon eröffnet sind, bestimmt das Ge-

setz nichts Näheres. Als Aufenthaltsminimum ist 1 Monat, als Maximum 1 Jahr festgesetzt. Alle Verurteilten werden darin am Anfang einer bis zu 1 Monat dauernden Einzelhaft unterworfen.

Neben diesen Strafschulen besteht die Einrichtung der Zwangserziehung weiter, die in einer Staatserziehungsanstalt oder, unter Zurückgreifen auf einen Erziehungsverein, in einer Privatanstalt oder einer Familie statthaben kann unter Aufsicht der Regierung und unter Gewährung von Staatsbeiträgen. Diese Zwangserziehung, die seitens des Justizministers auch bedingt oder unbedingt aufgehoben werden kann, dauert bis zum vollendeten 21. Lebensjahre. Unter den staatlichen Erziehungsanstalten dient die in Alkmaar für die Beobachtung der zum ersten Male Aufgenommenen und der Aufnahme der schwer zu behandelnden und der psychisch abnormen Zwangszöglinge. Der Umfang der staatlichen Zwangserziehungsanstalten hat sich bis jetzt als ausreichend nicht erwiesen.

Um verbrecherische Jugendliche unter 16 Jahren aber auch nach Ablauf des für die Zwangserziehung in Betracht kommenden Alters, also des 21. Lebensjahres, noch eventuell sicher verwahren zu können, kann ihre Verurteilung zu herabgesetzten Gefängnisstrafen bis zum Höchstsatz von 10 Jahren neben dem Ausspruch der Fürsorgeerziehung erfolgen. Der Antritt dieser Gefängnisstrafe erfolgt dann nach Ablauf der Zwangserziehung, kann aber aufgeschoben werden bis zum 25. Lebensjahr; dann gilt die Strafe in jedem Falle als verbüßt. Mit 24 Jahren aber kann ein noch als Kind Verurteilter bei schlechter Führung noch zur Abbüßung einer 10jährigen Gefängnisstrafe herangezogen werden.

Beim Strafverfahren gegen Jugendliche selbst ist die Öffentlichkeit ausgeschlossen; Eltern und Vormund müssen vorgeladen werden. Für die gerichtliche Voruntersuchung, das Ermittlungsverfahren und die Hauptverhandlung wird von Amts wegen ein Verteidiger gestellt, der den Angeklagten allein sprechen und auch seiner Vernehmung und der der Zeugen beiwohnen darf. Die vorläufige Festnahme des Kindes kann in dessen eigener Wohnung oder einem anderen geeigneten Orte erfolgen, damit dessen Eintritt ins Gefängnis vermieden wird.

Schwierigkeiten in der Handhabung des Gesetzes sind naturgemäß nicht ausgeblieben, insbesondere war die Zusammenwirkung zwischen der Regierung und den so außerordentlich in den Vordergrund tretenden Privatvereinen noch recht unbefriedigend, da erstere zu strenge Bedingungen stellte. KLUGE-Potsdam.

Dr. med. **Neter**, Muttersorgen und Mutterfreuden. München, Verlag der ärztlichen Rundschau 1907. (1,20 Mk.)

Das klar und faßlich geschriebene Heft wendet sich zunächst an Mütter, doch würden es auch Erzieher und alle diejenigen mit Gewinn lesen, die bei der Entwicklung des frühesten Kindesalters mitzuwirken haben. Besonders überzeugend tritt es ein für das Selbststillen, auch für das teilweise Stillen, und wendet sich gegen die vielen sinnlosen Vorurteile, von denen die Erziehung der frühesten Kindheit zum Schaden der Kleinen noch wimmelt. W.

Professor **Ahlfeld**, Nasciturus. Eine gemeinverständliche Darstellung des Lebens vor der Geburt und der Rechtsstellung des werdenden Menschen. 30 Abbildungen, 92 Seiten. Leipzig 1906.

Die lesenswerte Schrift schildert in allgemein verständlicher Sprache das Leben im Mutterleibe und den Übergang zum extrauterinen Leben, dann die Frage der Verheimlichung der Schwangerschaft und Geburt, die Zurechnungsfähigkeit Schwangerer, Gebärender und frisch Entbundener, ferner die Geburtsstörungen, Kindesscheintod und Lebensproben und schließlich die rechtliche Stellung des Kindes im Mutterleibe, die verbesserungsbedürftig erscheint. Bei der Bedeutung, die Störungen des embryonalen Lebens für die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes haben, bietet die Broschüre auch unseren Lesern viel Anregung. W.

Franz Weigl, Die Mittel zur Abhilfe in der Not geistiger Minderwertigkeit. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, XIX, 1906, S. 715.

Kurzer Aufsatz für Laien; mit besonderer Mahnung zur Alkohol- und Kaffeeenthaltung im Kindesalter. W.

H. Hilmer, Deutsche und amerikanische Volksbildung, ein Vergleich. Teutonia-Verlag, Leipzig 1907.

Der Vortrag schildert kurz die amerikanische Schulorganisation mit der achtstufigen Volksschule und den sich organisch daran anschließenden Gelegenheiten zu höheren Studien. Indem er diesen Einrichtungen die Erziehung zur frohen, freien Gesinnung, Selbständigkeit, Individualität und Initiative mit Recht nachrühmt, urteilt er doch entschieden zu schlecht über unser deutsches Schulwesen, als dessen Hauptbestreben er Gewöhnung zu Schematismus und starrer Disziplin, Weckung von Ehrfurcht vor Autorität und Tradition ansieht und der er ungerechtfertigterweise nachsagt, daß bei ihm immer noch der Bakel Trumpf sei. W.

Abnormenlehrer **Max Kirmsse**, Zur Geschichte des Schwachsinnigenwesens und der Stand der Guggenbühlforschung, Vortrag auf der 2. österreichischen Konferenz der Schwachsinnigenfürsorge. Wien 1906, Buchdruckerei Austria, Franz Doll, Wien.

Kirmsse verteidigt Guggenbühl treffend gegen eine Reihe der vielen, gegen ihn erhobenen, heftigen Vorwürfe, so, daß er keine pädagogische Behandlung vornehme, daß er keine Krankenjournale führe, daß er gewinnsüchtig vorgehe. W.

Dr. von Rohden, Gefängnisgeistlicher in Düsseldorf, Erbliche Belastung und ethische Verantwortung, 3 Vorträge. Tübingen, J. C. B. Mohr, 1907.

Vorsichtig und treffend schildert der Verfasser in dem ersten der in einem apologetischen Kurse in Berlin gehaltenen Vorträge die Hauptpunkte der Vererbungslehre. Dem Determinismus gesteht er eine gewisse Bedeutung zu, jedoch nimmt er als vermittelndes Moment sittliche Ideale an, die vor den dem Kausalnexus des physisch-psychischen Geschehens unterworfenen Menschen stehen, ohne als zwingende Naturmacht aufzutreten. W.

Marcus Wyler, Beiträge zu einem Grundriß des vergleichenden Irrenrechtes. Halle 1906.

Das Buch äußert sich über die ungemein mannigfachen Verhältnisse der Irrenfürsorge in den verschiedenen Kulturstaaten, insbesondere über die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge, die Hauptformen der Fürsorge und die staatliche Aufsicht über das Irrenwesen. Wer sich mit der Schwachsinnigenfürsorge näher befassen will, dem seien die fleißigen Zusammenstellungen des Buches ebenfalls empfohlen. W.

Helene Simon, Schule und Brot. Hamburg, Leopold Voß, 1907. (1 Mk.)

In packender Darstellung behandelt das Buch die schlimme Bedeutung der Unterernährung der Schüler und stellt die Forderung auf, „erst Brot, dann Schule“. Die bisher getroffenen Anstalten einer Schulspeisung werden geschildert und eine gesetzliche Regelung der Frage vorgeschlagen. W.

Dr. **Franz Kuypers**, Volksschule und Lehrerbildung der Vereinigten Staaten in ihren hervorragenden Zügen. B. G. Teubner, Leipzig 1907.

Auf Grund von Reiseeindrücken wird die in mancher Hinsicht vorbildliche Organisation des Unterrichts der Amerikaner geschildert. Das Buch geht aus von der eigenartigen Stufengliederung: vom 4.—6. Jahre Kindergarten, vom 6.—10. Jahre Primary School, vom 10.—14. Jahre Grammar School; diese beiden Abteilungen bilden die Volksschule. Dann vom 14.—18. Jahre die High School und für die höhere Ausbildung vom 18.—20. Jahre die Normal School: Lehrerseminar, oder 18.—22. Jahr das College und dann vom 22.—26. Jahre die University oder Universitätsfachschule.

Wichtig ist schon im Kindergarten die Rücksicht auf das Triebleben des Schülers und damit Zwanglosigkeit, freilich auch Oberflächlichkeit, ferner Pflege der Handarbeit. Alle gesellschaftlichen Schichten besuchen die Volksschule. Die höhere Schule, High School, umfaßt durch klassische, modernsprachliche und naturwissenschaftliche Kurse unsere Gymnasien, Realgymnasien und Realschulen. Im allgemeinen herrscht Coëdukation. Besonders anziehend sind die Mitteilungen über die Nationalitätenmischung in den Schulen, über den Unterricht der Neger und Indianer usw. Eingehend wird die Wirkung des mangelhaften Schulzwanges besprochen, dann die Bedeutung des außerordentlich gepflegten Zeichen- und Handfertigkeitsunterrichtes, die Ausbildung in der freien Rede, das Vertrauensverhältnis zwischen Schüler und Lehrer und weiterhin auch die ökonomische Stellung der Lehrer, die allzu ausgedehnte Verwendung weiblicher Lehrkräfte, und schließlich sucht der Verfasser in vorurteilsfreier Weise die Vorzüge und Mängel zu würdigen und gegenseitig abzuwägen. Im ganzen aber hält er die Aufgabe, Schulen für die große, rasch wachsende Kinderzahl zu beschaffen, für rühmlichst gelöst; vor allem die Aufwendungen für Schulbauten, dann auch Einrichtungen wie die Dacherholungsplätze, Schulgärten usw. sind lobend hervorzuheben. Zahlreiche Abbildungen schmücken das lesenswerte Büchlein. WEYGANDT.

Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr., Naumburg a. S.)






3 0112 071248675